FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

972

ANNEE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Alain, Lucien, Henri LEDUC
né le 1er juillet 1941 à Paris XV ème

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS-DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES.

Président : Mr. Ch. GOUYGOU, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Alain, Lucien, Henri LEDUC

né le 1er juillet 1941 à Paris XV ème

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS-DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES.

Président : Mr. Ch. GOUYGOU, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYBOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

Leur exemple et leur dévouement m'ont constamment soutenu.

Que cette thèse de Doctorat en Médecine, qui représente tant pour eux, soit le premier témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance.

A ma Famille,

A mes Amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546604_0111

A Monsieur le Professeur Charles GOUYGOU

Professeur d'Anatomie Pathologique à la
Faculté de Médecine de Paris,

Chef du Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique
à l'hôpital Saint Louis.

qui a inspiré le sujet de cette thèse,
et tout au long de ces travaux m'a
guidé constamment de ses précieux
conseils.

Il a été pour moi plus qu'un Maître :son
exemple m'a fait découvrir ce qu'est un
vrai Médecin.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage
de mon admiration, de ma profonde et res-
pectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yves BARRE

Ancien Chef de Clinique,

Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris,

Chef de Service à l'Hôpital de Versailles

qui m'a accueilli dans son service et dont l'expérience est un souvenir toujours présent.

Qu'il trouve ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

A Mes Maîtres à la Faculté,

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Michel REYNES

Attaché de Recherches D. G. R. S. T. au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Paris,

Chef du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital de Versailles

qui a bien voulu me communiquer ses documents photographiques.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

PLAN

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES

I - HISTORIQUE

II - CIRCONSTANCES D'APPARITION ET CONDITIONS D'OBSERVATION DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES.

A - LES TUMEURS LYMPHOIDES ou LYMPHORETICULAIRES DU TUBE DIGESTIF SOUS DIAPHRAGMATIQUE.

I - LES LYMPHOSARCOMES GASTRIQUES :

- Caractères cliniques,
- Explorations complémentaires,
- Caractères anatomo-pathologiques :

1 - Caractères macroscopiques,
2 - Caractères microscopiques,
3 - Eléments de diagnostic différentiel :

- Lymphomatose gastrique,
- Réticulosarcome gastrique,
- Carcinome anaplasique

II - LES LYMPHOSARCOMES DU GRELE

a - Lymphosarcomes purs, à forme tumorale

- caracfères cliniques,
- caractères radiologiques,
- caractère anatomo-pathologiques

1) - caractères macroscopiques
2) - caractères microscopiques

b - Lymphosarcome associé à un lymphosarcome ganglionnaire (forme de l'enfant)

- caractères cliniques,
- caractères radiologiques,
- caractères anatomo-pathologiques

1) caractères macroscopiques,
2) caractères microscopiques,

c - Lymphosarcome du grêle diagnostiqué à l'occasion d'une occlusion intestinale, d'une invagination :

1 - à l'occasion d'une occlusion,
2 - à l'occasion d'une invagination.

III - LES LYMPHOSARCOMES DU COLON

- caractères cliniques,
- caractères radiologiques
- caractères anatomo-pathologiques :

1) caractères macroscopiques,
2) caractères microscopiques

- formes particulières :

1 - LYMPHOSARCOME DU CAECUM

2 - LYMPHOSARCOME DU RECTUM

a - caractères cliniques,
b - explorations complémentaires,
c - caractères radiologiques,
d - caractères anatomo-pathologiques :

1) caractères macroscopiques,
2) caractères microscopiques

e - diverses variétés,
f - éléments de diagnostic différentiel

3 - LYMPHOSARCOME DE L'ANUS

B - LES LOCALISATIONS DIGESTIVES OBSERVEES PLUS OU MOINS ACCESSOIREMENT AU COURS DE L'EVOLUTION OU A L'AUTOPSIE D'UNE HEMOPATHIE MALIGNE.

I - SUIVANT LE TYPE D'HEMOPATHIE

A - Leucémie lymphoïde chronique,

B - Leucémie myéloïde chronique,

C - Leucoses aiguës,

D - Leucoses à monocytes,

E - Maladie de Brill-Symmers,

F - Maladie de Waldenström

II - SUIVANT L'INSERTION CHRONOLOGIQUE

A - Localisations sans traduction clinique,

B - Localisations avec symptomatologie digestive,

C - Localisations digestives révélatrices d'une hémopathie maligne,

D - Leucosarcomatose.

III - SUIVANT L'EXPRESSION ANATOMIQUE

A - Localisations tumorales spécifiques,

B - Infiltrations diffuses,

C - Infiltrations infracliniques

III - CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES

A - LES LOCALISATIONS GASTRIQUES

I - LES LYMPHOSARCOMES GASTRIQUES

b - Caractères structuraux d'ensemble (macroscopie-radiologie) (Tableau)

I - Formes endogastrique

a) - formes ulcéreuse pure,
b) - forme multinodulaire
c) - forme polypoïde

II - Forme infiltrante

III - Forme exogastrique

IV - Formes associées

b - Caractères microscopiques et cytologiques : éléments de remaniements.

II - LE PROBLEME DES RETICULOSARCOMES GASTRIQUES

III - ELEMENTS DE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

IV - L'ESTOMAC DANS LES LEUCEMIES

B - LES LOCALISATIONS AU GRELE

I - LES LYMPHOSARCOMES DU GRELE

a - caractères macroscopiques,
b - caractères anatomo-radiologiques (Tableau)
c - caractères microscopiques et cytologiques
d - caractères évolutifs.

II - LE GRELE DANS LES LEUCEMIES

C - LES LOCALISATIONS COLIQUES ET RECTALES

I - LES LYMPHOSARCOMES RECTOCOLIQUES

a - caractères macroscopiques :

1 - formes saillant dans la lumière :

- nodulaire,
- polypoïde,
- tumorale

2 - formes infiltrantes,

3 - formes ulcérées,

4 - forme extrinséque

b - caractères radiologiques, (Tableau)

c - caractères microscopiques,

d - caractères évolutifs.

II - ANUS, RECTUM, COLON DANS LES LEUCEMIES

D - LOCALISATIONS MULTIPLES OU ASSOCIEES A D'AUTRES LOCALISATIONS (digestives sus diaphragmatiques ou non digestives)

I - LOCALISATIONS ETAGEES DANS LE TUBE DIGESTIF SOUS DIAPHRAGMATIQUE : Forme digestive de la lymphosarcomatose diffuse (Maladie de KUNDRAT)

II - LOCALISATIONS ASSOCIEES A D'AUTRES LOCALISATIONS DIGESTIVES SUS DIAPHRAGMATIQUES

III - LOCALISATIONS DIGESTIVES ASSOCIEES A D'AUTRES LOCALISATIONS VISCERALES

(PLANCHES)

IV - ELEMENTS DU DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE

I - DIAGNOSTIC POSITIF, TOPOGRAPHIQUE ET HISTOLOGIQUE

a - Certaines structures sont respectées,
b - Involution de certaines structures

II - DIAGNOSTIC CYTOLOGIQUE POSITIF

a - la cellule pathognomonique,
b - leur environnement

III - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

a - causes d'erreurs d'interprétation en faux négatif
b - causes d'erreurs d'interprétation en faux positif

V - RESUME ET CONCLUSIONS

- BIBLIOGRAPHIE

oOo

- I -

HISTORIQUE

oOo

Dans l'étude des hémopathies malignes, il est possible de distinguer trois périodes, qui se chevauchent en partie, et qui correspondent respectivement à des préoccupations et à des méthodes différentes :

1 - A la fin du siècle dernier, se sont succédées des études descriptives cliniques et hématologiques,

2 - Ensuite, l'anatomie pathologique a permis un certain nombre de tentatives de synthèse et de classification poursuivies jusqu'à nos jours à la faveur de progrès techniques incessants.

3 - Enfin des études nosologiques, s'appuyant d'une part sur la clinique et d'autre part sur les résultats des tentatives de classification, ont pu être envisagées, et ont donné d'appréciables résultats, en particulier en ce qui concerne l'identification de certains profils évolutifs, l'autonomie de certaines formes anatomo-cliniques ou à l'inverse les parentés qui peuvent être soulignées entre différents syndromes, à l'intérieur du cadre général des hémopathies malignes. C'est dans cet esprit que le présent travail aborde l'étude des localisations digestives de ces affections.

oOo

HISTOIRE DES HEMOPATHIES MALIGNES

1 - PERIODE DES ETUDES DESCRIPTIVES, CLINIQUES et HEMATOLOGIQUES

Les premières grandes descriptions cliniques sont dues à HODGKIN (1832) et à TROUSSEAU (1866);

HODGKIN avait réuni dans un grand groupe les adénopathies d'étiologie imprécise, mais TROUSSEAU, dans sa célèbre leçon sur l'"adénie", précise le tableau de la maladie de HODGKIN actuelle.

WIRCHOW, en 1845, avait, le premier, décrit les leucémies, puis il fut amené à distinguer la "leucémie lymphatique" et la "leucémie liénale", c'est-à-dire respectivement leucémie lymphoïde, et leucémie myéloïde.

Poursuivant ses travaux, ses successeurs et divers auteurs ont bientôt effectué une nouvelle distinction en leucoses aiguës (EPSTEIN : 1889), (DONNE, 1893), leucémie lymphoïde chronique (EHRLICH, 1862), et leucémie myéloïde chronique.

Mais le terme malheureux de pseudoleucémie, créé par COHNHEIM en 1860, connut un succès de plus d'un demi-siècle. Il englobait dans le même groupe la maladie de HODGKIN, le lymphosarcome (terme créé par WIRCHOW en 1863), la tuberculose, la syphilis, etc....

Il fallut attendre les travaux des anatomo-pathologistes pour détruire cette simplification erronée, dès lors, la classification des leucémies était constituée.

II - PERIODE ANATOMO-PATHOLOGIQUE : SYNTHESE ET CLASSIFICATION

Le premier résultat des études anatomo-pathologiques a été de reconnaître l'autonomie des localisations ganglionnaires des hémopathies et des lymphosarcomes, jadis confondues avec les syphilis ganglionnaires (elles mêmes très hypertrophiées).

Les travaux de PALTAUF et STERNBERG ont édifié dans ses grandes lignes la conception actuelle de la maladie de HODGKIN.

Après la description du lymphosarcome par WIRCHOW, KUNDRAT (1893), a insisté sur les caractères morphologiques et évolutifs des infiltrats lymphosarcomateux. Le terme de lymphosarcomatose, créé à cette occasion exprime la notion, confuse encore mais déjà assez explicite, de maladie de système, en insistant sur le caractère diffus de la prolifération néoplasique.

En 1905, STERNBERG propose une dénomination : la leucosarcomatose. Pour cet auteur et ses élèves, elle représente une affection autonome, voisine du sarcome, avec passage de cellules atypiques dans le sang. Pour NAEGELI, ainsi que pour PAPPENHEIM, il s'agirait au contraire, d'une leucose avec formations pseudo-tumorales plus ou moins focalisées. Cette divergence, qui a pris parfois l'allure de polémiques violentes, n'est pas pour surprendre, étant donné la complexité des formes et des évolutions dans ce groupe morbide.

L'école française (GOSSET : 1912, CBERLING, 1928, LEROUX et coll, 1949-51) a fait la distinction entre les lymphosarcomes et les réticulosarcomes. Distinction que tous n'adoptent pas, notamment bon nombre d'auteurs américains.

La description par BRILL (1925), et SYMMERS (1927) de la maladie qui porte leur nom a fait connaître l'existence de syndromes malins évoluant en deux périodes. A l'heure actuelle, le démembrement de la maladie de BRILL-SYMMERS (période 1948 - 52), est achevé. On distingue d'une part le lymphome gigantocellulaire qui est une dystrophie ganglionnaire, d'autre part l'hyperplasie des centres germinatifs au cours d'une réaction inflammatoire

chronique, et d'autre part enfin une véritable néoplasie liée à une hémopathie maligne, leucose ou réticulosarcome dans laquelle les "centres germinatifs" sont en réalité des foyers néoplasiques (à shadow-cells)

Par la suite, le développement des techniques a permis d'ajouter aux données anatomo-cliniques traditionnelles des données radiologiques : l'application de la lymphographie à l'étude des maladies des ganglions a été un évènement important. Le diagnostic des syndromes incertains est souvent facilité ainsi que l'appréciation in vivo de l'étendue des lésions.

En résumé, à la suite des acquisitions ci-dessus évoquées, le cadre des hémopathies malignes et des maladies de système peut être considéré comme comprenant un certain nombre de processus morbides principaux : les leucémies (leucoses aiguës, leucémie lymphoïde chronique, leucémie myéloïde chronique), la maladie de HODGKIN (qui n'entre pas dans le sujet de notre travail), les lymphosarcomes (lymphosarcomes localisés et lymphosarcomes généralisés à type de lymphosarcomatose), les réticulosarcomes (localisés et généralisés), la leucosarcomatose, et la forme néoplasique de la maladie de Brill-Symmers.

III - PERIODE D'ETUDES ANATOMO-CLINIQUES

La notion de localisation digestive des hémopathies malignes est une acquisition relativement récente. Depuis HODGKIN, l'identification de ces processus a été obtenue progressivement par la prise en considération d'observations anatomo-cliniques, recueillies parfois dans des conditions difficiles surtout à notre époque de spécialisation poussée où le malade appartient le plus souvent au gastro-entérologue ou au chirurgien, avant d'être adressé à l'hématologiste.

Cette période est caractérisée par une floraison de travaux qui débordent le cadre de l'appareil digestif et qui ont eu pour propos de décrire et d'identifier des localisations viscérales des hémopathies malignes. Ainsi ont été décrits des foyers d'allure plus ou moins autonome dans différents appareils (respiratoire, génital masculin, endocrinien, système nerveux central etc.....)

oOo

- I I -

CIRCONSTANCES D'APPARITION ET CONDITIONS D'OBSERVATIONS DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES.

oooooo

A - LES TUMEURS LYMPHOIDES OU LYMPHORETICULAIRES DU D. T. SOUS - DIAPHRAGMATIQUE

I - LES LYMPHOSARCOMES GASTRIQUES :

- Caractères cliniques

On admet généralement que les lymphosarcomes gastriques ont une fréquence non négligeable. Ils représenteraient environ 3 à 4 % des tumeurs primitives de l'estomac (VALLIN). Le pourcentage atteint 6,5 % des tumeurs gastriques avant l'âge de 30 ans; il s'agit en effet d'une affection qui atteint l'adulte jeune.

Le sexe masculin semble être plus souvent touché, et pour de VERNEJOUL et JEAN, le rapport serait de 4 cas chez l'homme pour 1 chez la femme.

- Signes fonctionnels :

- le malade, homme jeune, de 20 à 50 ans, qui a déjà pu présenter un passé douloureux gastrique, mais chez qui les investigations radiologiques n'avaient rien montré, vient consulter essentiellement pour des douleurs et des troubles digestifs.

- les douleurs sont le symptôme majeur. Elles revêtent tous les types, mais plus volontiers le type ulcériforme, à siège épigastrique, à horaire post-prandial, rythmées à la fois par les repas, et par les saisons, évoluant par crises mais ayant tendance à devenir continues.

- les troubles digestifs, sont banaux : ce sont des sensations de pesanteur épigastrique, de ballonnement post-prandial, d'anorexie. Rarement, il s'agit de régurgitation, de dysphagie.

- exceptionnellement c'est une complication qui amène le malade à consulter. Les hémorragies qui sont le fait des formes ulcéreuses des lymphosarcomes gastriques sont le plus souvent occultes, mais elles peuvent être foudroyantes, cataclysmiques, par ulcération d'un gros vaisseau de l'estomac On peut, avec néanmoins la même rareté, observer des tableaux de PERFORATION AIGUE, de PERITONITE qui sont le témoin d'un envahissement de la paroi gastrique.

Signes généraux :

Ces signes fonctionnels sont accompagnés de troubles de l'état général: l'AMAIGRISSEMENT généralement rapide et sévère peut parfois cependant rester modéré, de même que l'ASTHENIE et ainsi ne pas être en rapport avec certaines images radiologiques qui montrent un envahissement considérable. L'évolution est le plus souvent apyrétique, sauf en cas d'infection intercurrente et la fièvre est alors le témoin d'un envahissement ganglionnaire.

Signes physiques :

A l'examen on peut trouver une tuméfaction épigastrique ou de l'hypocondre gauche. Certains auteurs, comme TAYLOR, KONJETZNY, auraient palpé une masse dans 60 à 85 % des cas. Mais la plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que ce pourcentage est trop élevé. C'est une masse de consistance molle; parfois on ne note qu'un empâtement de la région épigastrique qui peut évoluer très rapidement vers la tuméfaction, mais la contracture musculaire le laisse difficilement percevoir.

Le reste de l'examen est souvent négatif, des signes accessoires tels une hépatomégalie, des adénopathies périphériques qui permettraient de faire un diagnostic histologique par simple biopsie, n'ont jamais été retrouvés par MOUCHET et coll.

Les examens complémentaires sont de peu de secours. L'hémogramme montre une leucocytose à polynucléose (MALLARME, le myélogramme qui doit toujours être fait (ROUSSER), dépiste le dépassement du stade local ou locorégio-

nal. La cuti-réaction n'est pas négativée, c'est là un élément de diagnostic différentiel avec la maladie de HODGKIN. La vitesse de sédimentation globulaire est très accélérée.

- Caractères radiologiques :

- Devant un tel malade le réflexe du clinicien sera de demander un examen radiologique. Les images obtenues seront anormales, mais très variables.

L'aspect peut être celui d'une niche simple évoquant un ulcus bénin, une niche en plateau, un aspect lacunaire qui en imposent pour un épithélioma. CATTAN a décrit l'aspect le plus trompeur simulant une gastrite hypertrophique à gros plis.

Aucune anomalie n'est pathognomonique du lymphosarcome, mais, selon MOUCHET et coll., certains critères permettent de l'évoquer : le siège des lésions extra-orificiel, dans certains cas, l'absence de rigidité ou de déformation permanente, au moins autour de la lésion, la multiplicité fréquente des lésions, et la discordance entre les images radiologiques et les signes généraux. Il faut ajouter que si ces divers critères trouvés isolément sont peu évocateurs, leur association est parfois hautement significative.

- Explorations complémentaires :

- La gastroscopie permet de décrire des aspects de gastrite hypertrophique géante à gros plis blanchâtres, des aspects d'ulcérations multiples superficielles (ALBOT), mais le plus souvent la lésion ne se traduit que par des déformations de la paroi.

- La gastrobiopsie est peu utile pour cette dernière raison, mais une technique récente a été mise au point par DEBRAY et HOUSSET : le gastroscope à biopsie dirigée par aspiration-section. Ce matériel présente le double avantage de pratiquer des biopsies réellement dirigées et d'effectuer en même temps que la biopsie un cytodiagnostic dirigé.

En pratique dans la plupart des cas, une intervention chirurgicale pratiquée avec le diagnostic de cancer fournit une pièce anatomique présentant un certain nombre de particularités plus ou moins évidentes.

- Caractères anatomo-pathologiques :

1 - Aspects macroscopiques :

L'aspect macroscopique associé à des degrés divers trois composantes: tumeurs, infiltrations, ulcérations. La majorité des auteurs et notamment MOUCHET, MARQUAND, GUYARC'H décrivent quatre formes principales, souvent associées :

- infiltration diffuse,
- nodules multiples, d'aspect lobulé,
- tumeur polypoïde sous une muqueuse saine ou vallonnée de gros plis,
- tumeur ulcérée, creusée d'un niche,

Enfin, les auteurs soulignent le caractère extra-orificiel des lésions à distance du pylore et du cardia.

D'après WOIMANT, le grand volume des lésions est en faveur du lymphosarcome, ainsi que leur localisation aux faces et à la grande courbure.

Enfin, la topographie des nodules multiples évoque un développement sous muqueux.

2 - Caractères microscopiques :

- l'aspect histologique de ces tumeurs est habituellement facile à reconnaître, et fait rapidement porter le diagnostic de lymphosarcome. Le tissu lymphosarcomateux est une nappe homogène formée de cellules de la série lymphoïde, dont les caractères architecturaux (destruction du tissu normal, envahissement) et cellulaires (monstruosité, prolifération active) traduisent la malignité. La présence prédominante de lymphocytes ou de lymphoblastes en précise la forme cytologique.

3 - Elément des diagnostic différentiel :

- cet aspect est à distinguer de celui observé dans la lymphomatose de l'estomac, où l'on note une simple hyperplasie lymphoïde, strictement localisée à la muqueuse, n'infiltrant ni le chorion, ni la musculeuse, sans monstruosités nucléaires, ni mitoses dans les cellules qui sont des lymphocytes parfaitement différenciés et matures.

- la distinction avec les réticulosarcomes gastriques est avant tout cytologique, car ce sont des tumeurs dérivant des éléments de soutien réticulohistiocytaires.

- enfin la distinction avec les carcinomes anaplasiques est parfois malaisée, mais si la différenciation épithéliale est parfois difficilement perceptible les techniques de coloration élective du stroma fourniront des renseignements décisifs en mettant en évidence des structures trabéculaires, voire acineuses, délimitées par des lames ou des dispositifs fibrillaires al
ayant la signification de véritables vitrées.

oOo

II - LES LYMPHOSARCOMES DU GRELE

a) - LYMPHOSARCOMES PURS, A FORME TUMORALE

Caractères cliniques :

Le lymphosarcome du grêle est une affection plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois. Aujourd'hui, grâce à des investigations nouvelles, essentiellement radiologiques on en porte le diagnostic plus souvent. Cette fréquence peut être expliquée par la richesse de cet organe en éléments lymphoïdes.

Par rapport aux autres tumeurs du grêle, le pourcentage des lymphosarcomes n'a fait que croître dans les études qui leur ont été consacrées ces dernières années et la majorité des auteurs pensent qu'ils représentent 50 % des tumeurs malignes primitives du grêle.

C'est une affection de l'adulte jeune survenant surtout dans le sexe masculin, entre 30 et 40 ans. La proportion entre les deux sexes serait de quatre hommes pour une femme. Néanmoins CAMERON signale sa relative fréquence chez l'enfant et note que 10 % des sujets atteints ont moins de 20 ans.

Signes fonctionnels .

Le malade vient essentiellement consulter pour des douleurs et des troubles digestifs.

Les douleurs, souvent les premières en date, sont très peu caractéristiques, d'allure variable, elles peuvent orienter, selon leur siège ou leurs caractères vers une affection gastrique, vésiculaire ou intestinale. Elle se présente généralement comme une douleur abdominale vague, volontiers intermittente.

Les troubles digestifs sont à type de petit ballonnement sous ombilical, avec surtout pour les formes hautes, des nausées et des vomissements; ailleurs, ce sont des troubles du transit fréquemment à type de coliques, que rien n'explique, ou alternatives de constipation et de diarrhée.

Les examens effectués chez ces malades ne sont d'aucun secours, et si l'on omet de faire pratiquer un examen radiologique du grêle, on ne pourra poser le diagnostic. On se prive alors de la possibilité de faire un diagnostic précoce rendu possible par la description par HILLEMAND et CHERIGIE, des images de début.

Dès lors on voit s'installer des épisodes occlusifs à répétition, un syndrome de KOENIG, et des complications aiguës réalisant une urgence chirurgicale qui fera porter le diagnostic, mais a postériori.

Ces complications sont comme pour le lymphosarcome de l'estomac, l'hémorragie, et la perforation avec syndrome péritonéal, auxquelles viennent s'ajouter des complications propres à l'intestin : l'occlusion et l'invagination.

Signes généraux :

Ces signes fonctionnels sont accompagnés de signes généraux. On note chez ces malades une altération de l'état général, une anorexie, un amaigrissement qui peut être important, un syndrome anémique plus ou moins marqué, un syndrome de malabsorption. La fièvre est le plus souvent absente, mais on peut noter un fébricule à 38° dans une période avancée de l'évolution.

Signes physiques :

L'examen physique est décevant : la tumeur est rarement palpable ; la rate, le foie ne sont pas augmentés de volume.

Il faut noter que ces signes sont rarement groupés et qu'aucun d'entre eux n'est pathognomonique. Aussi, devant tout signe digestif qui ne fait pas

sa preuve, devant tout syndrome anémique d'étiologie imprécise, devant toute hémorragie dont l'origine est inexpliquée, l'examen radiologique du grêle selon les techniques précisées par HILLEMAND et CHERIGIE, devra être mis en oeuvre.

- Caractères radiologiques :

L'examen radiologique montre la fréquence des localisations sur la portion terminale du grêle.

Des signes de début ont été décrits par HILLEMAND et CHERIGIE : ce sont : une disparition du relief muqueux, une rigidité segmentaire, une niche sur une paroi infiltrée.

A la période d'état, démontrant une infiltration étendue de la paroi, seront réalisées des images cavitaires, sacciformes, souvent occupées par de volumineux bourgeons, ou encore des aspects de défilés longs et étroits. On notera toujours une rigidité importante. On peut observer une image de sténose avec renflements monoliformes de la terminaison du grêle, contrastant avec une dilatation iléale en aval, et posant un problème de diagnostic différentiel avec une tuberculose iléo-caecale avec hypertrophie caecale.

Ce même aspect radiologique, surtout lorsqu'il s'agit d'un défilé long et serré peut faire évoquer une iléite terminale du type CROHN; le doute est levé à l'examen de la pièce opératoire.

Caractères anatomo-pathologique :

L'aspect macroscopique de ces lésions a été décrit par HILLEMAND qui note des formes polypoïdes et nodulaires, intrapariétales ou annulaires, diverticulaires ou anévrysmales.

Nous insisterons sur ces données importantes dans le chapitre III consacré à l'étude anatomo-pathologique. Il faut cependant souligner ici le polymorphisme des déformations correspondantes.

L'examen microscopique montre le point de départ situé dans la sous-muqueuse, une extension progressive respectant plus ou moins la muqueuse qui peut néanmoins être ulcérée. On retrouve les caractères généraux des lymphosarcomes : nappe homogène formée de cellules de la lignée lymphocytaire; destruction du tissu normal, envahissement, monstruosité et prolifération active. L'examen cytologique précisera la forme lymphocytique ou lymphoblastique.

b) - LYMPHOSARCOME ASSOCIE A UN LYMPHOSARCOME GANGLIONNAIRE (forme de l'enfant)

Il s'agit d'une atteinte iléale segmentaire relativement peu étendue, associée à une infiltration tumorale importante du méso et surtout à de volumineuses polyadénopathies tumorales qui constituent d'ailleurs parfois l'élément anatomo-clinique prédominant; dans certains cas, l'atteinte intestinale proprement dite est une notion anatomique non immédiate, découverte secondairement à l'examen systématique d'une résection segmentaire nécessitée par le caractère tumoral de l'infiltration du méso, accompagnée d'adénopathies plus ou moins volumineuses. Les déformations de la lumière intestinale sont alors minimes, ou bien l'on constate une déformation permanente par fixation du segment intestinal à la convexité d'une masse tumorale développée dans le méso.

- Caractères cliniques

Il s'agit d'un syndrome occlusif fruste, d'une alternance de diarrhée et de constipation. L'hémopathie est toujours latente et infraclinique, et constitue une découverte rétrospective grâce aux explorations complémentaires qui doivent être provoquées par l'examen anatomo-pathologique.

- Caractères radiologiques :

Ils sont exceptionnellement recherchés chez ces malades opérés d'urgence. Néanmoins on a pu discuter un diverticule de Meckel.

Caractères anatomo-pathologiques :

1) - Caractères macroscopiques :

a) - les ganglions : l'élément prédominant est une polyadénopathie plus ou moins remaniée par la nécrose; le volume des ganglions est de -

plus en plus grand quand on se rapproche de la racine du mésentère; le territoire le plus souvent intéressé est celui de l'artère mésentétique inférieure, parfois celui du tronc coeliaque.

Les ganglions sont volumineux, de la taille d'un oeuf de pigeon ou plus, ils sont plus ou moins coalescents, noyés dans un feutrage plus ou moins dense. Leur coloration est gris-rosée, jaunâtre ou blanchâtre, et il existe des remaniements par nécrose hémorragique.

b) - Le méso : est épaissi, cartonné, irrégulier, bosselé, la séreuse est lisse ; rarement il existe une réaction péritonéale segmentaire; l'épaisseur peut atteindre parfois 1 à 6-7 cm.

Rarement il peut exister une rétraction ou des brides scléreuses plus ou moins profondes.

c) - Le segment intestinal : l'atteinte macroscopique est inconstante; il s'agit soit d'ulcérations à direction axiale sur le bord mésentérique, soit des bourgeons plus ou moins étendus soulevant une muqueuse intacte ou amincie, soit une absence totale d'élément anormal à l'examen macroscopique.

2) - Caractères microscopiques :

L'étude en sera reprise dans le chapitre III. L'intérêt majeur est ici avant tout macroscopique et clinique.

c) - LYMPHOSARCOME DIAGNOSTIQUE A L'OCCASION D'UNE OCCLUSION INTESTINALE, D'UNE INVAGINATION.

1 - A l'occasion d'une occlusion :

On peut être amené à faire le diagnostic de lymphosarcome du grêle à la suite d'un syndrome occlusif.

Chez un malade présentant depuis quelques temps des douleurs abdominales vagues, mal décrites, un petit ballonnement abdominal, une anorexie, un amaigrissement rapide, apparaît un syndrome occlusif net, le plus souvent après des coliques répétées.

Le tableau réalisé revêt en général une allure aiguë, avec douleurs vives avec paroxysmes, vomissements incessants abondants et précoces. L'état général s'altère rapidement; à l'examen on note un ballonnement modéré, une hypersonorité et un météorisme. Le T.R. montre un rectum libre.

L'examen radiographique sans préparation montre de nombreux niveaux liquides, des images en tuyaux d'orgue, le lavement baryté montre un colon normal.

L'intervention en urgence sera pratiquée et permettra de porter le diagnostic grâce à l'aspect macroscopique et à l'examen histologique.

2 - A l'occasion d'une invagination :

Il en est de même lors d'une invagination (due à une tumeur lymphosarcomateuse; les tumeurs sous muqueuses sont plus prédisposées à l'invagination que les autres.)

Elle se traduit par un syndrome occlusif typique, mais se surajoutent à lui des symptômes propres à l'invagination : l'hémorragie intestinale (décelée parfois seulement au toucher rectal), la perception du boudin d'invagination, tuméfaction allongée, de siège variable.

- la radiographie révèle les images caractéristiques : images en cocarde, en cupule, en pince de homard,

- l'intervention chirurgicale fait porter le diagnostic, elle revèle l'aspect typique de l'invagination avec nécrose de la muqueuse, oedème et congestion des autres tuniques, et permet de trouver la tumeur en amont de l'invagination.

III -LES LYMPHOSARCOMES DU COLON :

Pour la majorité des auteurs, les lymphosarcomes du colon sont beaucoup plus rares que ceux du grêle. BENSAUDE, CAIN et HOROWITZ en 1929 n'en relèvent que 12 cas. Entre 1942 et 1953, HEURTEMATTE n'en trouve que 29 cas. En 1963, MOLANDER et PACK trouvent une proportion de 2 lymphosarcomes primitifs du colon pour 36 cas de localisations coliques secondaires.

Les lymphosarcomes coliques sont beaucoup plus rares que les épithéliomas du colon. Une statistique de l'hôpital SAINT MARKS fait état de 4 lymphosarcomes primitifs sur 4595 tumeurs recto-coliques, soit un peu moins de 1 pour 1000.

L'âge de survenue de cette affection semble plus élevé que pour les lymphosarcomes de l'estomac ou même du grêle. Pour ceux du colon,la majorité des auteurs donne un âge compris entre 50 et 70 ans, mais signale que la majorité des cas de lymphosarcomes du caecum est rencontré chez des enfants de moins de 10 ans (DELAHAYE, ISNARD, PYARD).

Comme pour les autres localisations digestives des lymphosarcomes, le sexe masculin est atteint plus souvent que le sexe féminin.

Caractères cliniques :

Signes fonctionnels :

Le lymphosarcome colique se traduit le plus souvent par des troubles fonctionnels sans spécificité, qui font plus redouter un cancer colique.

La douleur est celle des tumeurs coliques, avec des caractères propres suivant la localisation. Elle peut s'installer brutalement, simulant un syndrome abdominal aigu d'origine appendiculaire (DELAHAYE, ISNARD, PYARD), ou bien évoluer par crises successives allant crescendo et se rapprochant au cours de l'évolution, simulant souvent un syndrome occlusif.

Les troubles du transit donnent souvent l'éveil.

La diarrhée semble bien être le signe révélateur des lymphosarcomes coliques mais parfois au contraire on constate une constipation.

Des nausées, des vomissements des signes de subocclusion, un syndrome de KOENIG orientent souvent vers une urgence chirurgicale, parfois décidée par une complication : l'hémorragie, la perforation ou l'occlusion.

Signes généraux :

Des signes généraux accompagnent ce tableau. L'amaigrissement, en règle précoce peut cependant rester longtemps modéré et s'accompagne d'asthénie et d'anorexie.

La température, reste longtemps normale, et la fièvre est le signe d'une surinfection tumorale ou d'une généralisation.

Signes physiques :

- La palpation met le plus souvent en évidence une tuméfaction abdominale de siège variable mais en rapport avec le cadre colique. Cette tuméfaction peut d'ailleurs être visible à l'inspection.

Les contours de la tumeur sont réguliers ou polycycliques, sa consistance est ferme, mais jamais d'une dureté ligneuse; enfin, elle est le plus souvent mobile et indolore.

- l'examen montrera l'absence d'hépatomégalie et de splénomégalie.

- on fera un cerclage à la peau de la tumeur en vue de l'examen radiologique.

Examens complémentaires :

La numération, formule sanguine, toujours pratiquée est le plus souvent normale. Parfois elle peut montrer une légère anémie avec une leucopénie (J. BERNARD).

A la phase terminale, la formule sanguine permettra d'objectiver un envahissement du sang circulant par des éléments lymphoblastiques témoignant d'une évolution leucosarcomateuse.

La vitesse de sédimentation en général élevée peut être fréquemment normale dans les formes de début.

Le myélogramme est normal, mais peut montrer une métaplasie lymphoblastique diffuse ou en foyers visible en groupements cellulaires plus ou moins homogènes en certains points des frottis.

Une ulcération et une surinfection de la tumeur peuvent être objectivées par la recherche de sang et de leucocytes altérés dans les selles.

Caractères radiologiques :

Des clichés sans préparation peuvent montrer exceptionnellement des images hydroaériques lors d'un tableau occlusif.

Le lavement baryté montre suivant les stades de l'évolution :

- un relief muqueux irrégulier, désorganisé,
- un épaississement des plis,
- un aspect réticulé,
- un aspect polypoïde,
- des lacunes plus ou moins volumineuses, aux limites régulières arrondies ou polylobées,
- un rétrécissement de la lumière,
- une dilatation traduisant la destruction de la musculeuse,
- un arrêt franc de la colonne de baryte, en cupule, en croissant ou en cocarde objectivant une invagination,
- la souplesse pariétale est cependant longtemps conservée. C'est un des signes importants en faveur du lymphosarcome.

Caractères anatomo-pathologiques :

1 - Caractères macroscopiques :

La lésion peut revêtir plusieurs aspects; les lésions initiales montrent un épaississement des plis, un aspect nodulaire évoluant vers un aspect polypoïde,

L'ulcération et la surinfection atteignent souvent ces lésions, leur donnant un aspect pseudo-phlegmoneux,

Les tumeurs sont en général polylobées, de consistance élastique ou mollasse, parfois ferme, mais sans rapport avec la dureté du cancer,

On peut noter l'existence d'un retrécissement annulaire ou au contraire d'une dilatation segmentaire en rapport avec la destruction de la musculeuse.

Des aspects de sténose sont fréquents. On a même décrit des cas de sténose étagée du colon.

2 - Caractères microscopiques :

- Le processus lymphosarcomateux est constitué par une nappe homogène de cellules appartenant à la lignée lymphoïde présentant des monstruosités cellulaires et des mitoses nombreuses.

- Le point de départ semble encore être la sous muqueuse; au début, la muqueuse est respectée mais rapidement les autres couches de la paroi sont infiltrées et détruites.

- La dissociation de la tunique musculaire explique les dilatations observées à l'examen macroscopique.

L'infiltration des plexus sympathiques autonomes (MEISSNER et AUERBACH) pourrait dans certains cas rendre compte d'ectasies segmentaires par distension de la tunique musculeuse.

- L'aspect de la nappe de cellules est homogène, uniforme, et la cytologie est celle d'un lymphosarcome lymphocytaire ou lymphoblastique.

- Formes particulières :

1 - LYMPHOSARCOME DU CAECUM :

Le lymphosarcome du caecum est très rare. Il semble intéresser plus souvent le carrefour iléo-caecal que le caecum seul.

- Il se rencontre le plus fréquemment chez l'enfant de moins de 10 ans, et la grande majorité des cas chez les moins de 20 ans. Il atteint le sexe masculin plus que le sexe féminin.

Les circonstances de découverte sont variables. Parfois, il s'agit d'un tableau d'urgence évoquant une affection aiguë de la F.I.D. et devant lequel on

pense à une appendicite, à une typhlite, à une invagination. Dans d'autres cas, les troubles sont moins bruyants, et l'existence d'un empâtement régional avec troubles du transit conduit à pratiquer une exploration radiologique (lavement baryté ou transit du grêle) montrant les modifications pariétales caractéristiques des lymphosarcomes du colon, décrites plus haut, et fréquemment une atteinte iléale associée. Exceptionnellement enfin, la symptômatologie peut évoquer une affection excréto-urinaire haute ou une pyélonéphrite, et provoquer une exploration urographique ou pyélographique de contrôle.

2 - LYMPHOSARCOME DU RECTUM :

Le lymphosarcome du rectum est une affection rare par rapport aux autres tumeurs malignes du rectum.

En 1929, BENSAUDE, CAIN, HOROWITZ n'en relèvent que 19 cas dans la littérature.

- L'importance de l'atteinte rectale (18 % des cas) lors de la lymphosarcomatose digestive diffuse a été signalée par DEBRAY (Ch.), LEYMARICS (J.), MERY (J.P., BENVESTITO (V.).

Comme les autres localisations, cette dernière semble toucher dans les mêmes proportions le sexe masculin et l'adulte âgé de 50 à 70 ans.

- Caractères cliniques :

Les lymphosarcomes du rectum entraînent des troubles fonctionnels sans spécificité et font redouter un cancer et demander le secours de la radiologie et de l'endoscopie.

Les signes fonctionnels :

Ne sont pas toujours constants, notamment les signes rectaux : pesanteur périnéale, épreintes, tenesme, faux besoins, n'apparaissent souvent qu'à la période terminale.

La diarrhée est le signe le plus important. D'abord intermittente, elle devient abondante et permanente. Elle n'est pas accompagnée de coliques, mais peut alterner avec des phases de constipation.

Les rectorragies sont rares. Elles accompagnent volontiers des émissions glaireuses.

La perforation ou l'hémorragie abondante n'ont pas été signalées.

Les signes généraux :

N'ont rien de spécifique. L'anorexie, l'amaigrissement, l'asthénie peuvent attirer l'attention et orienter, s'ils accompagnent une diarrhée profuse, le diagnostic vers un cancer ou une tuberculose intestinale.

L'examen physique :

Au contraire permet de soulever le diagnostic de lymphosarcome.

Le toucher rectal fait percevoir l'infiltration lymphosarcomateuse. Cette dernière donne la sensation de bosselures de taille variable qui soulèvent la muqueuse rectale. Leur surface est arrondie ou elliptique et leur consistance ferme, semi-élastique. Elles sont séparées par des rainures plus ou moins profondes.

Ces bosselures sont pour la plupart sessiles et largement insérées. Il faut noter l'absence de rebord induré.

Souvent les lésions font l'objet de petites ulcérations qui en s'étendant peuvent donner un aspect pseudo-phlegmoneux.

L'anus présente un aspect normal, mais il peut exister un prolapsus intermittent ou permanent de la tumeur.

- Explorations complémentaires :

La rectoscopie montre une muqueuse pale, grisâtre, ou rosée, vallonnée par des plis hypertrophiques qui donnent souvent un aspect cérébriforme.

Les limites de la tumeur ne sont pas nettes, et on note l'absence de rebord induré.

De petites ulcérations superficielles peuvent intéresser la muqueuse, donnant un aspect de rectite ulcéreuse,

Enfin de véritables bourgeons peuvent occuper la lumière rectale en imposant pour une polypose,

La lumière rectale est diminuée par les masses tumorales et rend la progression du rectoscope difficile. La limite supérieure de la tumeur est généralement atteinte, en effet son siège est bas (à quelques centimètres du sphincter anal) mais la limite supérieure est variable, la tumeur pouvant dépasser la jonction recto-sigmoïdienne.

La rectoscopie permet également de faire un prélèvement biopsique indispensable pour le diagnostic histologique.

Caractères radiologiques :

L'examen radiologique donne les mêmes aspects que dans les localisations coliques, et a l'intérêt d'éliminer des lésions associées.

Le lavement opaque montre le plus souvent une image lacunaire ou un aspect marécageux de l'ampoule rectale après exonération.

Mais souvent la faiblesse du malade et l'incontinence rendent impossible l'exploration radiologique du rectum après lavement opaque.

Caractères anatomo-pathologiques :

1 - Caractères macroscopiques :

Le siège des lymphosarcomes du rectum est assez bas. Il se situe en général à quelques centimètres du sphincter anal, mais les limites supérieures des lésions ne sont pas fixes et peuvent intéresser la charnière recto-sigmoïdienne, voire même la dépasser.

La muqueuse est boursouflée, les plis normaux ont disparu, les valvules également. Des sillons irréguliers se dessinent sur la paroi. Ils sont plus ou moins profonds, plus ou moins larges et séparent des bossalures et des lobulations qui évoquent un aspect cérébriforme.

Parfois ces lobulations font véritablement saillie dans la lumière et donnent aux lésions un aspect polypeux pouvant même en imposer pour une polypose recto-colique (CATTAN, BORGIDA).

La muqueuse a une consistance ferme, semi-élastique mais sans l'induration de l'épithélioma, sa coloration est grisâtre-rosée.

Souvent des ulcérations superficielles viennent la modifier.

Le calibre du rectum est généralement rétréci, mais on ne note jamais d'accidents d'obstruction qui seraient l'apanage du colon ou du sigmoïde.

Parfois le processus lymphosarcomateux forme une masse unique, dure bosselée, implantée sur une large surface, mais pouvant se pédiculer et faire issue par l'anus.

2) - Caractères microscopiques :

La structure histologique du lymphosarcome du rectum est identique à celle des autres localisations à point de départ sous muqueux, la prolifération se développe et envahit la totalité de la paroi, par nappes denses et homogènes, détruisant les diverses tuniques.

Les caractères cytologiques eux aussi sont identiques : caractères de malignité et degré de maturation variable (lymphosarcome lymphocytique ou lymphosarcome lymphoblastique).

Diverses variétés :

L'atteinte du rectum peut revêtir deux aspects : une atteinte diffuse intéressant la majeure partie du rectum et revêtant l'aspect cérébriforme, et une atteinte localisée tumorale. Nous avons décrit ces deux formes dans le chapitre réservé aux caractères macroscopiques.

Le lymphosarcome rectal peut entrer dans le cadre d'une lymphosarcomatose avérée qui orientera vers le diagnostic précis.

Eléments de diagnostic différentiel :

Les caractères de bénignité des tumeurs bénignes du rectum les feront écarter rapidement, mais lorsqu'elles subissent la transformation maligne, seule la biopsie permettra de les distinguer du lymphosarcome.

Les caractères macroscopiques de la tuberculose du rectum qui peut revêtir un aspect diffus, végétant et infiltrant ou du syphilome diffus, dans lequel la muqueuse est soulevée et bosselée, peuvent en imposer pour un lymphosarcome, mais l'examen histologique redressera le diagnostic.

Il en est de même pour les rectites végétantes qui peuvent donner une hypertrophie diffuse de la muqueuse et de la sous muqueuse et de ce fait rappeler l'aspect du lymphosarcome.

Quant au diagnostic avec l'épithélioma il est assez aisé grâce au caractère macroscopique et surtout microcospique.

Récemment deux observations publiées simultanément par CATTAN, PORCHER, BENSAUDE, FRUMUSAN et par BORGIDA, RENARD, MARET ont mentionné le diagnostic de polypose rectocolique. Rien dans le caractère macroscopique ne permettra de soulever le diagnostic de lymphosarcome rectal et c'est seulement l'examen microscopique qui l'établit.

3 -LES LYMPHOSARCOMES DE L'ANUS :

Les localisations anales des lymphosarcomes sont de deux types, ou bien il s'agit d'une propagation en général à la phase ultime, d'un lymphosarcome rectal, ou bien d'une localisation primitive à l'anus, cependant fréquemment associée à une localisation rectale.

Les troubles fonctionnels de la forme anale sont sensiblement les mêmes que ceux de la forme rectale pure : écoulements incoercibles, fétides qui obligent le malade à se garnir continuellement, douleurs incessantes, faux besoins.

L'examen appréciera les lésions : bourgeons fermes et rénitents, faisant saillie autour de l'orifice permettant une biopsie et un diagnostic histologique rapide, mais il peut s'agir d'une infiltration de la marge de l'anus que recouvre un tégument tendu et violacé qui peut faire porter à tort le diagnostic d'abcès,

L'orifice anal est rétréci, masqué par l'infiltration et parfois par des végétations dures, ulcérées qui ne laissent qu'un petit pertuis empêchant l'anuscopie et la rectoscopie aussi bien que le toucher rectal. Seul le toucher vaginal permet d'apprécier l'infiltration périnéale.

La biopsie peut être très malaisée et ne ramener que des tissus du plan superficiel et faire envisager un diagnostic erroné de lésions inflammatoires banales.

C'est l'examen histologique seul qui permettra de porter un diagnostic de lymphosarcome dans les cas où les lésions font penser à un cancer de l'anus, un sarcome, un condylome, une hémorroïde thrombosée inflammatoire, ou un simple syndrome fissuraire.

oOo

B - LES LOCALISATIONS DIGESTIVES OBSERVEES PLUS OU MOINS ACCESSOIREMENT AU COURS DE L'EVOLUTION OU DE L'AUTOPSIE D'UNE HEMOPATHIE MALIGNE :

Toute hémopathie maligne peut posséder des lésions au niveau du tube digestif, les symptômes qui peuvent leur être imputés sont malheureuseme le plus souvent attribués à l'anémie et à la cachexie, et leur support anatomique n'est souvent découvert qu'à l'autopsie. Mais une symptomatologie digestive peut dominer l'évolution clinique et des complications terminales de type digestif ne sont pas exceptionnelles.

La fréquence de telles localisations est variable suivant le type de leucose.

Si aucun segment du tube digestif sous diaphragmatique n'échappe aux infiltrations leucosiques, l'estomac et la région ano-recto-sigmoïdienne sont plus particulièrement atteints.

ooooo

I - SUIVANT LE TYPE D'HEMOPATHIES

A - Leucémie lymphoïde chronique

La leucémie lymphoïde chronique est la plus riche des hémopathies en atteintes digestives.

Souvent de découverte d'autopsie, elles peuvent être recherchées devant une symptomatologie essentiellement digestive, gastrique ou recto sigmoïdienne, ces localisations étant les plus fréquentes.

a) - Localisations gastriques :

- les localisations gastriques peuvent avoir une expression clinique simulant un cancer ou un ulcère, associant des douleurs à type de brûlures rythmées ou non par les repas, et une anorexie souvent globale; elles sont souvent compliquées par des hémorragies digestives.

- l'examen radiologique montre des aspects très voisins de ceux du lymphosarcome gastrique :

  - gastrite hypertrophique à plis énormes, cérébriformes,
  - niche d'aspect néoplasique,
  - niche à ménisque évoquant un cancer ulcéré

b) - Les localisations ano recto sigmoïdiennes :

Sont à rapprocher des lésions observées lors du lymphosarcome. Elles réalisent des rectites, proliférantes, ou hémorragiques, infectées ou non, un syndrome fissuraire.

L'endoscopie montre des lésions localisées ou diffuses de l'organe, nodulaires, ulcéreuses, polypoïdes, des aspects d'infiltration généralisée réalisant des plis géants, un aspect cérébriforme, ou encore des lésions diffuses évoquant une rectocolite hémorragique.

c) - L'atteinte simultanée de l'estomac et de l'intestin est à l'origine de la description de la pseudo-leucémie gastro-intestinale.

La biopsie et l'examen microscopique permettent de porter le diagnostic de leucémie lymphoïde, parfois même avant un envahissement sanguin et médullaire caractéristique.

Les infiltrats de la paroi digestive, lymphocytiques ou lymphoblastiques intéressent avant tout la sous muqueuse, soulevant la muqueuse et intéressant à un moindre degré la musculeuse et la sous séreuse.

B - Leucémie myéloïde chronique :

La fréquence des localisations digestives sous diaphragmatiques au cours des leucémies myéloïdes chroniques est, de beaucoup moins importante, au point que de telles atteintes ont été niées (NAEGELI) et sont encore niées par certains auteurs.

Néanmoins, recherchées systématiquement ces formes seraient peut être beaucoup moins rares qu'on ne le prétend.

Pour certains auteurs (LAYANI, CATTAN) elles témoignent de la transformation aiguë de la maladie.

a) - Localisations coliques :

Les formes localisées au colon se présentent sous des aspects d'emprunts divers : colite banale, syndrome dysentérique sévère, souvent elles peuvent être prises pour des réactions intestinales, post-radiothérapiques ou chimiothérapiques au cours d'une leucémie myéloïde chronique.

b) - Localisations rectosigmoïdiennes :

Les localisations rectosigmoïdiennes simulent le plus souvent une rectosigmoïdite chronique (BOIKAN, KAHN, LETULLE et HALBRON, BIGGS et HELLIOT, BOCQUIN).

A l'endoscopie, LEVRAT a décrit des bourgeons superficiels saignant au contact et reposant sur une base infiltrée.

C - Les leucoses aiguës

Les localisations digestives au cours des leucoses aiguës sont exceptionnelles et inaugurent rarement l'histoire de la maladie. De nombreux auteurs ont attiré l'attention sur les localisations ano-recto-sigmoïdiennes (LAYANI, VACHON, LEHMANN, PICARD et HARDY, BOCQUIN).

D'autres ont rapporté des cas où la localisation gastrique diminue la symptomatologie (CATTAN, FRUMUSAN, BENSAUDE, DUPUY et DESSERTENNE, J. DEBRAY, ETIENNE-MARTIN).

a) - Localisations gastriques :

Sur le plan clinique, les atteintes gastriques peuvent présenter une symptômatologie diverse. On a décrit des formes à début pseudo-appendiculaire (CATTAN), perforatif (DUPUY). Parfois le tableau clinique est dominé par des douleurs et des vomissements incoercibles (J. DEBRAY), hémorragiques (ETIENNE-MARTIN).

Les signes radiologiques évoquent soit une gastrite (CATTAN a publié une observation de pseudo-gastrite phlegmoneuse), soit un cancer ulcéré, soit un ulcus. On voit qu'ils sont très proches de ceux réalisés par l'atteinte gastrique du lymphosarcome.

Sur le plan macroscopique, l'infiltration peut réaliser les aspects classiques : nodulaires, tumoraux, ulcérés ou non, perforés, pseudo-phlegmoneux.

b) - Les localisations ano-recto-sigmoïdiennes :

Les localisations ano-recto-sigmoïdiennes, volontiers hémorragiques peuvent se révéler par un syndrome douloureux, des rectorragies, des écoulements séro-purulents ou glairo-sanglants. On a décrit des fistules recto-vaginales, des ulcérations anales, des syndromes fissuraires.

Une telle symptomatologie oriente vers des diagnostics divers, colites rectocolites, épithéliomas.

L'endoscopie permet de voir des infiltrations nodulaires, très souvent ulcérées, nécrotiques et hémorragiques, des lésions tumorales, bourgeonnantes, irrégulières, saignotantes, en imposant pour un épithélioma (LAYANI). L'anesthésie est souvent nécessaire pour l'examen digital ou endoscopique.

D - Leucoses à monocytes :

On ne trouve dans la littérature que de rarissimes observations d'atteintes digestives au cours de ces leucémies GITTINS et HAWKLEY (1933) rapportent un cas de leucémie à monocytes avec tumeur rectale et ovarienne bilatérale.

HAINING, KIMBALL et OSMONDE (1935) décrivent une leucémie à monocytes dont la symptomatologie était dominée par des signes d'obstruction intestinale. Le toucher rectal permettait de percevoir un rétrécissement extrême de la lumière rectale, aux parois lisses où l'on ne pouvait même pas introduire le doigt.

C'est la biopsie et l'examen histologique qui permettent le diagnostic d'infiltration leucémique.

E - Maladie de Brill-Symmers

Les localisations digestives au cours de la maladie de Brill-Symmers sont connues depuis les premières descriptions de la maladie, mais l'atteinte exclusive des organes digestifs est rare. Les localisations digestives les plus fréquentes sont les localisations ano-rectales, jéjuno-iléales, et gastriques.

a) - Localisations rectales :

Le tableau clinique des localisations rectales est celui d'une tumeur retrouvée au toucher. Elle est soit unique, en masse, soit polypoïde.

b) - Localisations sur le grêle :

La symptomatologie des atteintes du grêle est variée et non caractéristique : syndromes occlusifs ou subocclusifs, syndrome cholériforme, diarrhées,

L'examen radiologique du grêle montre une image classique de tumeur du grêle, et provoque une intervention permettant de poser en définitive, le diagnostic par l'examen anatomo-pathologique.

Des crises appendiculaires aiguës ou subaiguës, surtout chez le sujet jeune peuvent révéler une localisation appendiculaire affirmée par l'histologie seule.

c) - Localisations gastriques :

La symptomatologie des localisations gastriques n'est pas caractéristique : douleurs, vomissements, anorexie, hématémèss.

L'examen radiologique permet de retrouver presque tous les éléments étudiés pour le lymphosarcome gastrique. Il montre une image normale ou parsemée de multiples petites taches nodulaires, une infiltration localisée, des images polypoïdes, des images de lésions ulcérées, un aspect pseudo-phlegmoneux.

L'examen microscopique permet de poser le diagnostic.

Les lésions siègent au niveau des formations lymphoïdes de la sous-muqueuse. La muqueuse en principe longtemps respectée, peut être ulcérée.

Les follicules lymphoïdes sont très hypertrophiés, à leur périphérie existe un anneau étroit de lymphocytes formant une couronne dense et foncée.

Le centre germinatif est formé de cellules volumineuse de tonalité particulièrement claires et dont les contours sont estompés. Ce sont les shadowcells de Symmers. Elles sont accompagnées de nombreux autres cellules immatures qui, elles, sont hyperchromatiques; selon les cas on peut trouver des lymphoblastes, cellules histiocytaires, cellules réticulaires, et parfois de lymphocytes matures.

La dégénérescence lymphosarcomateuse permet d'observer une augmentation de la taille des follicules qui tendent à confluer.

En fait il ne s'agit pas de follicules véritables, une étude minutieuse montre la dislocation de la couronne lymphocytaire, un refoulement des corbeilles réticuliniques périphériques et surtout un aspect uniforme du centre clair, avec peu de mitoses (ou des mitoses anormales) et surtout peu d'éléments de type réticulo-histiocytaires ou macrophagiques.

Les colorations de la réticuline permettent dans ces cas de retrouver une organisation nodulaire par places qui souligne la différence topographique insulaire et les sarcomes diffus d'emblée.

F - Maladie de Waldenström

La maladie de Waldenström, comme toutes les maladies de système a en dehors de ses principales localisations (ganglions, moelle, rate, foie) des localisations accessoires et notamment des localisations digestives. Ces dernières sont excessivement rares, particulièrement lorsqu'elles sont les seules localisations de la maladie.

MALLARME, Ch. DEBRAY, L. HARTMANN, P.E. ROBERT, Mme MARCHE, A. PIARD, et A. CHEMALY ont publié dernièrement une observation ou seules existaient des localisations gastriques et pulmonaires.

La symptomatologie digestive n'a rien de caractéristique : douleurs abdominales imprécises, constipation, syndrome ulcéreux.

La radiologie peut montrer des images lacunaires, tumorales ou ulcériformes.

Les examens complémentaires font découvrir la dysglobulinémie caractéristique de la maladie, mais l'hémogramme peut ne faire voir qu'une simple anémie et le myélogramme peut être normal.

Les complications classiques des tumeurs digestives dues au hémopathies peuvent apparaître : hémorragies (moelena ou hématémèse) syndrome abdominal aigu (perforation, péritonite).

C'est l'examen microscopique après biopsie qui fera poser le diagnostic de localisation digestive d'une maladie de Waldenström. On note l'envahissement du chorion par des infiltrats de cellules lymphoïdes, selon les cas lymphocytaires et plasmocytaires ou purement lymphocytaire et même parfois associées à des éléments réticulohistiocytaires volumineux avec de nombreuses mitoses et anomalies cyto-nucléaires.

La fréquence de ces différents types est de 45 % pour les cas associants éléments lymphocytaires et plasmocytaires, 15 % pour les formes lymphocytaires pures, et de 5 % pour les formes associant éléments lymphocytaires et réticulo-histiocytaires.

Il faut ajouter à ces données cytologiques des aspects hautement évocateurs de l'affection : il s'agit de lymphangiectasies, présentes aussi bien dans les villosités iléales que dans les sinus lymphatiques des formations lymphoïdes de la sous-muqueuse. Ces ectasies ont été reliées (OLMER - MURATORE) à des oblitérations lymphatiques par des protéines pathologiques (BASCH).

ooooo

II - SUIVANT L'INSERTION CHRONOLOGIQUE :

A - Localisations sans traduction clinique :

La majeure partie des localisations digestives des hémopathies malignes sont latentes et sans traduction clinique digestive. Elles sont de découverte nécropsique et presque constantes si l'on en juge par les résultats des autopsies systématiques des malades porteurs d'hémopathies malignes (BOI - KAN).

B - Localisations avec symptomatologie digestive :

Néanmoins, les localisations majeures des hémopathies entraînent une symptomatologie dominante digestive chez des sujets connus comme atteints d'hémopathies malignes.

Souvent cette symptomatologie est prise pour les effets secondaires de la radiothérapie ou de la chimiothérapie mise en oeuvre, ce qui explique la relative rareté des observations d'atteintes digestives lors des hémopathies malignes.

C - Localisations digestives révélatrices d'une hémopathie maligne

Une localisation majeure digestive peut inaugurer par sa symptomatologie le tableau clinique d'une hémopathie maligne et le dominer à tel point que le diagnostic peut n'être poser qu'au cours du bilan hématologique systématique.

Ces découvertes sont surtout le fait d'une complication aiguë du processus leucémique touchant l'appareil digestif : syndrome abdominal aigu, perforation, subocclusion, hémorragie.

D - Leucosarcomatose

Découverte de lésions digestives par une symptomatologie dominante, sans traduction au myélogramme et à l'hémogramme, mais dont l'évolution montre la transformation leucosique.

C'est le dernier mode de l'insertion chronologique des localisations digestives. Ce syndrome, décrit par STERNBERG en 1903, a souvent été contesté quant à son autonomie. Il est caractérisé par l'association d'une tumeur maligne d'origine lymphoïde et d'un processus leucosique aigu.

Sa chronologie est particulière, la leucosarcomatose évolue en deux périodes : une première tumorale localisée, une deuxième généralisée à forme leucémique aiguë.

La chronologie des déterminations lésionnelles est très discutée. Les uns pensent avec STERNBERG que les cellules anormales "leucosarcomateuses" du sang proviennent de la tumeur, les autres qu'elles sont engendrées par l'hyperplasie diffuse de tout le tissu leucopoïétique.

Ce problème sera étudié dans un chapitre ultérieur.

III - SUIVANT L'EXPRESSION ANATOMIQUE

Diverses formes digestives sont réalisées selon les caractères anatomiques de l'infiltration leucosique.

A - Localisations tumorales spécifiques :

Elles consistent le plus souvent en une infiltration massive de l'organe considéré, avec les formes classiques déjà décrites à l'occasion de la description des formes anatomiques des lymphosarcomes (aspects de gastrite hypertrophique géante à gros plis, tumeur intestinale, obstruction intestinale) ces formes peuvent s'ulcérer et entraîner des hémorragies importantes.

Ces formes spécifiques sont plus souvent rencontrées lors des leucoses lymphoïdes aiguës et chroniques que lors des leucoses myéloïdes aiguës où elles existent néanmoins.

B - Infiltrations diffuses :

Ces infiltrations diffuses se manifestent par des symptômes batards : pseudorectite, polypose, pseudorectocolite hémorragique, colite pseudomembraneuse, dysentérie.

Ce processus est surtout le cas des leucoses aiguës myélogènes, mais est aussi remarqué lors d'autres affections hématologiques malignes.

C - Infiltrations infra-cliniques :

Nous citons ces infiltrations pour mémoire, car elles sont de découvertes d'autopsie. Néanmoins elles sont d'un intérêt majeur car elles démontrent la participation quasi régulière du tissu lymphoïde digestif à tout processus hématologique malin. En 1940, WINTROBE et MITCHELL, affirmaient dans un mémoire consacré aux manifestations atypiques des leucoses :" aucun tissu, aucun organe n'est épargné dans l'infiltration leucémique, que cette atteinte se manifeste ou non par des signes cliniques".

- III -

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES.

A - LES LOCALISATIONS GASTRIQUES

I - LES LYMPHOSARCOMES GASTRIQUES

a) - Caractères structuraux d'ensemble (macroscopie - radiologie)

L'examen et la connaissance des caractères macroscopiques des lymphosarcomes sont indispensables pour comprendre la physiopathologie et l'aspect radiologique des lésions que nous verrons ci-dessous :

Le siège : tous les auteurs s'accordent pour signaler la grande fréquence du siège extra-orificiel de la tumeur, et des localisations sur les faces, la grande et la petite courbure.

On peut distinguer trois grandes formes :

- la forme endogastrique qui recouvre trois sous groupes : la forme ulcéreuse, la forme à nodules multiples et la forme polypoïde,
- la forme infiltrante,
- et la forme exogastrique,

Tous ces aspects macroscopiques correspondent à des images radiologiques définies ; nous décrirons donc ces dernières avec les aspects macroscopiques qui leur sont propres, plutôt que de faire un chapitre radiologique indépendant. Le tableau de la page 46 montrera rapidement les correspondances anatomo-radiologiques.

Enfin, dès maintenant, il faut signaler que de nombreuses associations entre ces différentes formes sont réalisées très fréquemment; nous décrirons les plus classiques.

I - LES FORMES ENDOGASTRIQUES

a) - La forme ulcéreuse pure :

Pour les auteurs tels que FRIEDMAN, WANGESTEEN, NICOLOFF, HAYNES, la forme ulcéreuse serait la forme la plus commune. Nous pensons néanmoins que si cette forme est très fréquente, elle est en réalité le plus souvent associée à d'autres formes endogastriques, et que l'on trouve toujours des aspects de lésions nodulaires, si minimes soient-ils avec un épaississement de la muqueuse gastrique.

Mais la forme ulcéreuse simple, ou pure, doit être beaucoup moins fréquente et serait réalisée par des formes de début qui laissées à elles mêmes donneraient plus tard des tumeurs caractéristiques de sarcomes (BERTRAND).

Certains auteurs, avec KREITNER, FRUHLING et MOUTIERS, et CZERWECK et PHILLIPE pensent que la transformation sarcomateuse de l'ulcère gastrique est un fait certain mais rare, (une dizaine de cas seulement pouvant être relevés dans la littérature).

L'examen radiologique de cette forme est très délicat, il montre des signes banaux d'ulcère de l'estomac, et c'est sur la modification des images, radiologiques que le diagnostic de malignité peut être suspecté ; mais malheureusement ce sera un diagnostic souvent tardif en raison de la conservation prolongée de la souplesse de la paroi gastrique que nous avons déjà signalée (De VERNEJOUL, JEAN).

b) - La forme multinodulaire :

La forme à nodules multiples donne un aspect lobulé à la muqueuse gastrique qui est soulevée de place en place par des nodules qui la détruisent, bourgeonnant dans la lumière et se nécrosant par ulcération associée.

Les images radiologiques de telles lésions sont des aspects lacunaires le plus souvent multiples, fréquemment isolées par des intervalles de muqueuse gastrique normale, mais le siège, le plus souvent extra-orificiel

localisé aux faces ne permet généralement pas un diagnostic précoce, et ce n'est que lorsqu'il existe de gros bourgeonnements que les lésions sont détectées radiologiquement c'est-à-dire au stade décrit dans la forme suivante :

c) - La forme polypoïde :

La forme polypoïde présente de vastes formations bourgeonnantes dans la lumière gastrique. La nécrose rapide de ces dernières explique les aspects fougueux pseudo phlegmoneux qui ont frappé nombre d'auteurs.

Sur le plan radiologique, le diagnostic sera porté rapidement devant les lacules polycycliques très étendues, exubérantes, contrastant avec un état général relativement conservé.

II - LA FORME INFILTRANTE

La majorité des auteurs pense que cette forme est la plus fréquente. En effet le caractère constant des sarcomes gastriques est leur potentiel d'emblée infiltrant. Ils naissent dans la muqueuse ou la sous muqueuse et infiltrent la paroi de manière diffuse, selon les plans de moindre résistance ou par propagation lymphatique.

Cette infiltration peut se présenter sous deux aspects qui donnent lieu à des diagnostics différentiels : une rigidité segmentaire et un gastrique hypertrophique géante.

L'infiltration en nappe de la paroi gastrique lui donne un aspect empâté qui se traduit radiologiquement par des images caractéristiques. C'est une rigidité, le plus souvent de la petite courbure, à début antro pylorique (MANDAR), mais on doit insister sur le fait que l'absence de sclérose associée à cette rigidité une certaine conservation de la souplesse de la paroi, à l'encontre de la linite plastique, qui présente une infiltration qui donne des images raides, immuables, accompagnées en outre d'un rétrécissement habituel de la lumière gastrique, rétrécissement absent au cours des lymphosarcomes.

Cette association rigidité - conservation d'une certaine souplesse de la paroi, appréciée le mieux en radio télé, est considérée par tous les auteurs comme un argument très sûr en faveur du lymphosarcome.

A un stade plus évolué, l'aspect peut être plus complet, la rigidité gagner toute la petite courbure, du pylore au cardia, entraînant une ouverture, parfois même un effacement de l'angle (MANDAR)(FONTAINE, WARTER, WEIL).

En radiotélévision, cette rigidité peut être manifeste, avec une diminution importante, voire une disparition des mouvements péristaltiques.

L'autre aspect réalisé dans les formes infiltrantes est celui d'une gastrite hypertrophique géante, à plis gastriques "cérébriformes", hypertrophiés, épaissis, souvent de l'épaisseur d'un doigt, d'aspect anarchique et enchevêtrés. Cet aspect peut en imposer sur les clichés radiologiques pour une gastrite hypertrophique géante de MENETRIER. Cependant comme l'ont rappelé plusieurs auteurs et précisé BENOIT, CHICHA, NOIX, des aspects différents permettent d'individualiser les deux affections. Dans la gastrite, la largeur des sillons serait équivalente à celle des plis, tandis que dans le lymphosarcome les sillons apparaissent très étroits par rapport aux plis qui de ce fait apparaissent davantage sous un aspect encéphaloïde.

Enfin un troisième aspect signalé par WOIMANT est, à l'inverse du précédent, un effacement presque complet des plis gastriques réalisé par l'infiltration sous jacente.

III - LA FORME EXOGASTRIQUE

Cette forme, très fréquemment associée à la forme précédente, est le reflet d'un développement tumoral vers la périphérie de la paroi gastrique, détruisant les tuniques, jusqu'à la sous séreuse et atteignant la séreuse, donnant des tableaux de perforation aiguë et péritonite.

Radiologiquement on note une déformation de l'estomac avec un refoulement vers la gauche et l'association de signes d'infiltration, ou des modification de la muqueuse gastrique permet de suspecter le diagnostic de lymphosarcome.

IV - FORMES ASSOCIEES

Ce sont ces formes qui représentent la presque totalité des observations, en effet les formes étudiées précédemment par esprit de clarté se rencontrent exceptionnellement isolées.

La forme ulcéreuse est associée en règle à presque toutes les autres. Lorsque l'ulcération atteint les nodules multiples, l'aspect lacunaire creusé de multiples ulcérations sera évocateur.

La nécrose atteint rapidement les formes polypoïdes donnant un aspect fongueux, pseudo-phlegmoneux. Enfin elle accompagne de même la forme infiltrante.

La forme multinodulaire est très souvent associée à la forme infiltrante et donc l'image montrera un aspect de nodules multiples sur une partie de l'estomac avec le plus souvent dans le prolongement une certaine rigidité.

Enfin la forme exogastrique ou extrinséque est généralement accompagnée d'une infiltration de la paroi qui permet de suspecter le diagnostic.

Formes anatomo-pathologique	Aspects macroscopiques	Aspects radiologiques
A - FORMES ENDOGASTRIQUES 1 - ulcéreuse pure	Erosion de la muqueuse	Image d'addition
2 - Multinodulaire	Aspect lobulé, bosselé de la muqueuse	Aspect multilacunaire
3 - Polypoïde	Vastes formations bourgeonnantes	Lacunes polycycliques exubérantes
B - FORMES INFILTRANTES 1 - Rigidité	Infiltrations en nappe Aspect empâté	Rigidité segmentaire, antro-pylorique, petite courbure, Aspect de limite, Ouverture de l'angle ⟶ disparition mais conservation d'une certaine souplesse
2- Gastrite	Plis gastriques cérébriformes Aspect encéphaloïde Aspect anarchique, enchevêtré	Aspect de gastrite hypertrophique géante, mais sillons très étroits, plis énormes,
C - FORMES EXOGASTRIQUES	Tumeur à développement externe, péritonéal	Déformation de l'image gastrique, Refoulement vers la gauche
D - FORMES ASSOCIEES 1- Ulcéreuse multinodulaire	Nodules érodés	Aspect lacunaire creusé d'une niche
2- Ulcéreuse polypoïde	Aspect de phlegmon	Aspect phlegmoneux,
3-Ulcéreuse infiltrante	Ulcération sur paroi infiltrée, empâtée	Rigidité + image d'addition
4-Multinodulaire infiltrante	Infiltration, empâtement de la muqueuse	Image multilacunaire prolongée par une rigidité
5-Exogastrique infiltrante	Soulevée par de multiples nodules Paroi complètement infiltrée	Estomac déformé et refoulé + image d'infiltration de la paroi

b) - Caractères microscopiques cytologiques, éléments de remaniements.

Le tissu lymphosarcomateux se présente comme une nappe homogène et dense de cellules de la lignée lymphoïde. Il existe deux formes qui ne diffèrent que par le degré de maturité de leurs cellules, ce sont les sarcomes lymphocytiques et les sarcomes lymphoblastiques.

Généralement chez un malade donné, les cellules formant la tumeur appartiennent toutes au même type, leurs variations de taille et d'aspect sur la coupe sont minimes, excluant ainsi tout polymorphisme tel que l'on en rencontre dans la maladie de Hodgkin.

Sarcome lymphoblastique :

Les cellules constitutives de ces tumeurs ressemblent à des lymphoblastes leur cytoplasme est agranulaire, faiblement basophile ; leur noyau est volumineux et contient un réseau chromatinien assez dense, avec souvent un ou deux nucléoles de taille normale ou hypertrophiques.

Le diamètre de ces cellules oscille entre 10 et 15 µ.

Certains caractères particuliers les différencient des lymphoblastes normaux :

- le cytoplasme, toujours franchement basophile est mince, gracile, souvent réduit à une mince couronne périnucléaire,

- les noyaux sont irrégulièrement chromophiles. Certains sont clairs avec des rares grains de chromatine plaqués contre la paroi nucléaire. D'autres sont très hyperchromophiles et présentent de grosses mottes de chromatine serrées entre elles ; les anomalies de nombre ou de taille des nucléoles ont été mentionnées plus haut.

Il existe de nombreux aspects monstrueux, les mitoses sont nombreuses et le plus souvent atypiques, désorientées ou multipolaires.

Une prolifération réticulo-histiocytaire associée, en foyers ou sous forme d'éléments isolés est fréquente. Les anomalies cyto-nucléaires y font défaut.

Sarcome lymphocytique :

Il est constitué essentiellement de lymphocytes. Mais les cellules, là encore, ont des caractères particuliers qui les distinguent des lymphocytes normaux.

Ce sont de petites cellules de diamètre ne dépassant pas 5 à 7 µ. La chromatine a encore cet aspect condensé que nous avons décrit pour la forme précédente. Le cytoplasme très basophile est réduit à sa plus simple expression et peu distinct.

Les mitoses, ici encore, sont atypiques, mais moins nombreuses que dans la forme lymphoblastique.

Une prolifération réticulo-histiocytaire, sans anomalies cyto-nucléaires notables est presque constamment associée, avec une importance variable.

Les structures de la paroi gastrique sont bouleversées par le potentiel infiltrant de la tumeur. La pullulation cellulaire peut intéresser toutes les couches de la paroi, y compris la sous séreuse. Le tissu normal est très remanié. On note la disparition des follicules clos, la muqueuse peut elle même être infiltrée et souvent ulcérée.

On peut parfois mettre en évidence par une imprégnation argentique un fin réseau de fibres argentaffines, mais signe négatif important, la prolifération fibreuse est absente à la différence de ce que l'on observe dans le granulome hodgkinien.

2 - LE PROBLEME DES RETICULOSARCOMES GASTRIQUES

Par définition, ce sont des tumeurs naissant des éléments réticulaires embryonnaires ou adultes de la paroi gastrique, ou des formations lymphoïdes.

L'école américaine dans sa presque unanimité est convaincue de l'origine lymphoïde des réticulosarcomes et les décrit sous le nom de lymphosarcomes (EHRLICH, GALL, MALLORY). Néanmoins certains auteurs américains, distinguent lymphosarcomes et réticulosarcomes(SALEZ).

MASSON décrit trois formes de sarcomes réticulaires :

- une forme syncytiale qui aurait pour élément néoplasique le réticulum symplastique indifférencié à l'état pur,

- une forme dictyocytaire caractérisée par la prolifération de cellules indépendantes,

- enfin une forme intermédiaire : la forme distyosyncytiale qui, à côté de l'élément syncytial présenterait des cellules indépendantes : les dictyocytes.

Si l'on pense avec RAUBER, GROSDIDIER, BRAYE qu'il existe bien des réticulosarcomes primitifs dans des tissus qui ne renferment pas d'éléments lymphoïdes à l'état normal, on peut être amené à conclure qu'il existe deux types de ces tumeurs (Mme MUSSINI, MONTPELLIER), les réticulosarcomes purs issus de la trame des formations lymphoïdes de la muqueuse, et des réticulo-hystiocyto sarcomes issus eux des éléments de soutien des différentes couches de la paroi gastrique.

3 - ELEMENTS DE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

La complexité des problèmes nosologiques posés par ces réticulopathies est encore accrue par le fait qu'il existe de nombreuses formes intermédiaires entre lympho et réticulosarcomes et aussi par la difficulté que pose le diagnostic différentiel de ces tumeurs avec les carcinomes anaplasiques à petites cellules.

La muqueuse superficielle souvent intacte, recouvre une infiltration pariétale plus ou moins dense par des éléments anaplasiques occupant la sous muqueuse, la musculeuse et même la sous séreuse.

Ces éléments sont disposés en amas et en nappes irrégulières, peu vascularisées, et leur polymorphisme est considérable.

Une étude soigneuse au fort grossissement pourra montrer soit une goutte de sécrétion cytoplasmique, soit des ébauches tubulaires plus ou moins nettes, soit des alignements de cellules en cordons, de diamètre et de forme variables.

Il faut insister ici sur l'importance d'une bonne fixation, car la fragilité des cellules carcinomateuses anaplasiques produit fréquemment des aspects trompeurs, simulant un réticulosarcome. En pratique, une fixation correcte doit permettre le plus souvent l'identification d'un carcinome anaplasique sans nécessiter le recours à des colorations complémentaires.

4 - L'ESTOMAC DANS LES LEUCEMIES

L'aspect macroscopique et radiologique de l'estomac au cours des leucémies est très voisin de celui réalisé par le lymphosarcome gastrique.

- aspect de gastrite hypertrophique géante à gros plis, aspect cerebriforme,
- niche d'aspect néoplasique,
- niche à ménisque, évoquant un cancer ulcéré,
- aspects nodulaires tumoraux, ulcéreux ou non, perforés, pseudo-phlegmoneux etc....

L'examen microscopique permet de reconnaître l'infiltrat de cellules leucosiques, intéressant essentiellement la sous muqueuse et touchant moins que l'infiltrat lymphosarcomateux, la musculeuse et la séreuse.

B - LES LOCALISATIONS AU GRELE

I - LES LYMPHOSARCOMES DU GRELE

a) - . Caractères macroscopiques

HILLEMAND et CHERIGIE ont décrit trois formes :

- Polypoïde et nodulaire,
- Intra pariétale ou annulaire,
- Diverticulaire ou anévrysmale.

Nous analyserons leurs composantes, car ce sont presque toutes des formes associées. Ainsi nous distinguerons les formes :

- endogrêliques, intrinsèques,
- infiltrantes,
- cavitaires,
- exogréliques, extrinséques et enfin nous décrirons les principales formes associées,

La forme endogrélique comprend la forme nodulaire et la forme polypoïde.

La forme nodulaire présente un aspect de semis de petits nodules sous la muqueuse intestinale, ce sont des nodules fermes, lisses. Exceptionnellement, il s'agit d'un seul nodule qui fait saillie dans la lumière intestinale. La forme nodulaire multiple est la plus courante.

Dans la forme polypoïde, des bourgeons volumineux font saillie dans la lumière avec une tendance sténosante marquée, ce qui explique les épisodes occlusifs à répétition qui marquent souvent le début clinique de la maladie.

La forme infiltrante est caractérisée par un épaississement de la paroi intestinale. Cette infiltration se produit le plus souvent en formant un anneau du fait de la disposition des lymphatiques intestinaux. La hauteur du processus est variable et sur ce segment, l'intestin a l'aspect d'un tube rigide, à muqueuse lisse, et à lumière rétrécie.

La forme cavitaire comprend la forme pseudo-diverticulaire et la forme sacciforme.

La forme pseudo-diverticulaire réalise un aspect de faux diverticule, appendu au grêle, souvent il existe plusieurs diverticules étagés le long d'un segment. Cet aspect serait dû à la destruction des couches musculaires qui s'effondreraient donnant naissance à de telles poches.

A un stade plus avancé, l'atonie complète de la paroi intestinale réalise une énorme poche, une dilatation sacculaire, à paroi amincie et friable, réalisant la forme sacciforme.

La forme extrinséque présente deux aspects : l'aspect nodulaire avec de petits nodules à la surface du grêle et la forme tumorale, énorme tumeur exogrélique adhérant au grèle.

Mais les formes pures n'existent que très rarement, et l'aspect macroscopique de la presque totalité des cas associe l'infiltration, la tumeur et la dilatation.

Ainsi, la niche pseudo-diverticulaire est toujours appendue à une paroi infiltrée,

La dilatation sacculaire est limitée par une infiltration cartonnée, et est plus ou moins obstruée par de volumineux bourgeons polypoïdes,

L'aspect nodulaire lui, est généralement à la fois endo et exogrélique.

Enfin, à un stade avancé de l'évolution, l'infiltration pariétale a un tel développementendogrélique qu'est réalisé un défilé long et filiforme.

b) - Caractères anatomo-radiologiques :

L'étude radiologique du grêle n'est pas de pratique courante, mais c'est pourtant le seul examen qui permettra de poser le diagnostic de lymphosarcome du grêle même au début de la maladie, tant les images sont caractéristiques.

HILLEMAND et CHERIGIE utilisent la technique de GOLDEN, modifiée: on fait ingérer au malade un index de baryte que l'on suit de demi heure en demi-heure puis toutes les 5 minutes après apparition d'images anormales.

Tout d'abord l'examen permet de localiser la lésion et d'éliminer une atteinte gastrique ou colique.

Le siège du lymphosarcome est variable, il peut atteindre n'importe quelle partie du grêle, mais surtout sa portion terminale, en raison de la grande prolifération du tissu lymphoïde qu'elle renferme.

La localisation peut être unique, mais également multiple et réaliser la forme étagée du grêle.

Les images de début, décrites par HILLEMAND et CHERIGIE sont :

- une disparition du relief muqueux,
- une rigidité segmentaire plus ou moins étendue,
- une niche d'allure parfois pseudo-diverticulaire, mais entourée d'une infiltration pariétale.

A la période d'état ce sont :

- une infiltration pariétale étendue,
- une atonie avec dilatation segmentaire, de type cavitaire, sacciforme de forme presque carrée, avec des bords arciformes et rigides, pouvant renfermer de volumineux bourgeons lacunaires,
- une rigidité qui encadre ces dilatations,
- enfin un caractère important de ces images : leur fixité sur les clichés successifs.

FORMES	MACROSCOPIE	RADIOLOGIE
1- INTRINSEQUES a) nodulaire	semis de petits nodules sous la muqueuse, exceptionnellement 1 seul nodule	taches claires multiples, aspect moucheté
b) - polypoïde	Bourgeons volumineux intragrélique, sténose	lacunes polycyclique, images de sténose,
2- INFILTRANTES a) - en nappes	épaississement de la paroi, muqueuse lisse, lumière rétrécie	disparition du relief muqueux, rigidité segmentaire,
b) - annulaire	rétrécissement cartonné de la paroi ⟶ anneau	anneau ou tube rigide rétrécissant la lumière
3- CAVITAIRES a)- pseudo diverticulaire	dilatation unique ou multiple appendue au grêle, paroi infiltrée de part et d'autre	niche pseudo-diverticulaire (paroi infiltrée de part et d'autre,)
b)-sacciforme	Paroi amincie et friable énormel dilatation limitée du grêle	image de dilatation segmentaire (+ infiltration presque carré, bords arciformes et rigides)
4-EXTRINSEQUES a) Nodulaire	Petits nodules à la surface du grêle	Muette.
b) Tumorale	Tumeur exogrèlique, adhérant au grêle	Refoulement, compression
5-ASSOCIEES a) Cavitaire-infiltrante	. Dilatation + infiltration cartonnée des limites de la poche	Paroi infiltrée et rigide de part et d'autre de la niche. Poche sacciforme presque carrée à bords arciformes et rigides.
b) Cavitaire infiltrante, polypoïde	id + lumière obstruée par volumineux bourgeons	id + image lacunaire polycyclique, intra-cavitaire
c) Endo et exogrélique	Semis de petits nodules sous la muqueuse et sur la surface.	id nodulaire endogrélique
d) Infiltrante endogrélique	Rétrécissement important de la lumière, long tube rigide	Défilé long, filiforme et rigide

Dans une période avancée de l'évolution, peut être réalisée l'image d'un long défilé filiforme, non tortueux, dont le caractère essentiel est la rigidité.

Grâce au tableau de la page 55, on pourra voir les correspondances anatomo-radiologiques.

c - Caractères microscopiques et cytologiques :

L'aspect microscopique est celui des lymphosarcomes. La lésion est une nappe dense, homogène, formée de cellules de la lignée lymphoïde. S'il existe plusieurs nappes, entre elles subsistent des zones saines.

Le point de départ est sous muqueux, et l'extension se fait aux dépens des autres couches de la paroi. La muqueuse est en général respectée, tout au moins partiellement, mais dans les formes évoluées, une ulcération importante peut l'atteindre.

L'aspect cytologique est très monomorphe, avec les variétés habituelles allant des formes les plus différenciées aux formes les plus anaplasiques; plus rarement, la prolifération à un aspect plus ou moins réticulaire (lymphoréticulosarcome).

Les caractères malins des cellules sont évidents : monstruosités cellulaires, mitoses très nombreuses.

d - Caracteres évolutifs :

1 - Evolution locale :

De son point de départ sous muqueux, la tumeur s'étale et infiltre la musculeuse et la sous-séreuse par de larges coulées cellulaires, détruisant les différentes couches.

2 - Evolution régionale :

La propagation de proche en proche par la voie lymphatique réalise la classique lymphosarcomatose digestive de KUNDRAT, s'étendant à l'estomac et au rectum. Elle peut être limitée au grêle, réalisant la forme étagée du grêle.

Les ganglions sont plus ou moins rapidement atteints dans le territoire lymphatique correspondant (mésentérique) mais aussi ceux qui se trouvent en pleine graisse, au contact d'un vaisseau lymphatique.

3 - Evolution générale :

L'extension peut atteindre tous les tissus lymphatiques de l'organisme réalisant la lymphosarcomatose généralisée.

Il existe également une diffusion sanguine des cellules sarcomateuses. STERNBERG en a fait l'un des termes essentiels des leucosarcomatoses.

II - LE GRELE DANS LES LEUCEMIES

L'atteinte du grêle lors des leucémies est rare, elle est surtout le fait de localisations d'une maladie de Brill-Symmers.

L'aspect macroscopique et radiologique est celui d'une tumeur du grêle d'allure non évocatrice et dont l'examen microscopique seul permet de poser le diagnostic de variété.

Les lésions siègent au niveau de la sous-muqueuse et respectent

Les follicules lymphoïdes, très hypertrophiées sont cernées à leur périphérie d'une couronne dense et foncée de lymphocytes.

Le diagnostic repose sur l'importance des formations giganto-folliculaires, sur leur présence anormale dans le centre des ganglions, et sur le fait que les formations giganto-folliculaires au lieu d'être formées presque exclusivement de lymphoblastes, comprennent des éléments anormaux (Shadow-cells" de Symmers).

D - LES LOCALISATIONS COLIQUES ET RECTALES

I - LES LYMPHOSARCOMES RECTOCOLIQUES

a) - Caractères macroscopiques

On peut distinguer 4 formes principales des aspects macroscopiques des lymphosarcomes du colon et du rectum :

- les formes bourgeonnantes (plus ou moins exophytiques),
- les formes infiltrantes,
- les formes ulcérées,
- les formes extrinséques

Cette distinction est artificielle et n'entre que dans un effort d'analyse car la plupart des aspects rencontrés macroscopiquement associent deux ou plusieurs de ces formes.

1 -Formes bourgeonnantes, saillant dans la lumière :

La forme nodulaire se présente sous l'aspect de petits nodules soulevant la muqueuse et constituant parfois de petits "polypes" correspondant à la rareté dans laquelle de petites proliférations lymphosarcomateuses font saillie dans la lumière intestinale. Un caractère particulier de ces pseudopolypes lymphosarcomateux est leur tendance à être plus sessiles que pédiculés.

La forme tumorale unique, aux limites régulières et souvent polylobée a une consistance mollasse ou semi-élastique, sans avoir la dureté ligneuse des épithéliomas. Sa couleur est le plus souvent rose grisâtre.

De telles tumeurs sont capables de réaliser une sténose soit du fait de leur volume lui même, soit à la suite d'une invagination qui se produit généralement en aval de leur point de départ.

2 - Forme infiltrante :

L'infiltration de la paroi digestive se manifeste par une disparition des plis normaux, le relief muqueux est désorganisé, irrégulier. Les plis peuvent s'épaissir et s'hypertrophier à un point tel que des aspects cérébriformes peuvent être réalisés, surtout au niveau du rectum.

Si l'infiltration se propage selon un trajet annulaire, on peut noter un rétrécissement du calibre de l'organe, une sténose annulaire.

Par contre lorsque la musculeuse de la paroi est dissociée par l'infiltration, il se crée de véritables ectasies segmentaires avec hypertonie intestinale et stase importante.

3 - Formes ulcérées :

Une ulcération peut toujours être associée à de tels aspects qu'il s'agisse de petites ulcérations de la muqueuse recouvrant les nodules ou plus souvent d'une ulcération importante donnant un aspect pseudophlegmoneux aux formes polypoïdes.

4 La forme extrinséque est souvent associée aux formes intrinséques et comprend une forme nodulaire et une forme tumorale. L'infiltration cantonnée de l'atmosphère cellulo-graisseuse péri-rectale peut en imposer pour un processus de périrectite ou parfois même de carcinose pelvienne.

b) Caractères radiologiques

A la plupart des formes macroscopiques correspondent des images radiologiques que l'on trouvera schématisées dans le tableau de la page

Les images de début montrent un relief muqueux irrégulier, désorganisé, avec une légère perte de souplesse pariétale qui cependant sera longtemps conservée.

Des images lacunaires plus ou moins volumineuses, aux limites régulières mais le plus souvent polylobées évoquent un aspect polypoïde.

Une tumeur unique réalise une image classique de lacune unique, régulière dans son contraste et aux contours fréquemment polycycliques. Elle peut réaliser un arrêt franc de la colonne barytée avec images en cupule, croissant, cocarde, parfois même une invagination intestinale.

S'il existe une sténose complète avec syndrome occlusif, un cliché sans préparation montrera des images hydroaériques caractéristiques.

Un aspect réticulé peut être réalisé par les formes à plis hypertrophiques dans le cancer du rectum, un cliché, fait après exonération montre un aspect marécageux dû à la baryte qui imprégne les vallonnements de cette forme dite cérébriforme.

Enfin des images de rétrécissement par envahissement de la lumière d'une infiltration annulaire, ou de dilatation segmentaire avec hypotonie et stase sont réalisées par les formes infiltrantes.

L'étude radiologique sera utile pour apprécier l'extension extrinséque de la tumeur. On réalise un cerclage de la tumeur à la peau et on peut ainsi comparer les images radiologiques réalisées par la lésion avec ses contours dessinés par ce cercle opaque.

c) - Caractères microscopiques

Les caractères microscopiques des lymphosarcomes du colon et du rectum ne diffèrent pas de ceux des localisations sur le grêle,

L'infiltration, à point de départ sous muqueux se développe et envahit toutes les tuniques en respectant peut être davantage au début la muqueuse.

Peu à peu, la musculeuse est dissociée, puis disparaît; la muqueuse soulevée par la nappe homogène, s'amincit, les glandes disparaissent.

FORMES	MACROSCOPIE	RADIOLOGIE
Formes faisant saillie dans la lumière : NODULAIRE	Nodules sous muqueux, soulevant la muqueuse.	- souplesse ~~pariétale longtemps~~ conservés, - relief muqueux irrégulier, désorganisé,
POLYPOIDE	Aspect de polypose, formes sessiles plus que pédiculée	- lacunes plus ou moins volumineuses, aux limites régulières, arrondies ou polylobées,
TUMORALE	Tumeur unique, molasse ou semi-élastique	- lacune unique, régulière, polylobée
STENOSE INVAGINATION	Sténose plus ou moins complète par une tumeur ou par une invagination souvent en aval d'une tumeur souvent multiples ⟶ sténose étagée.	- arrêt franc : image en cupule, croissant, cocarde, si sténose complète: images hydro-aériques.
Formes infiltrante : DISPARITION DES PLIS NORM.		- relief muqueux désorganisé, - légère perte de souplesse de la paroi
EPAIS. DES PLIS (cérébriforme)(rectum)	Elargissement des plis hypertrophiés, Aspect lobulé, cérébriforme	Aspect réticulé, marécageux après exonération
DISPARITION DES VALVULES (rectum)		- disparition des valvules
STENOSE ANNULAIRE	Rétrécissement de calibre par infiltration annulaire	- rétrécissement de la lumière
ECTASIES SEGMENTAIRES	Dilatations énormes par destruction de la musculeuse	- dilatation segmentaire, hypotonie, stase
Formes ulcérée ULCERATIONS	Petites ulcérations sur nodules	
PHLEGMONEUSE	Aspect pseudo-phlegmoneuse (polypes ulcérés)	
Forme extrinséque TUMORALE	Tumeur appendue à l'organe	- développement extrinséque visualisé par cerclage de la tumeur sur la peau.
NODULAIRE	Nodules sous la paroi	
Formes associées		

Les caractères cytologiques sont également identiques à ceux des autres localisations : monstruosités cellulaires, mitoses nombreuses. Les cellules sont de la lignée lymphoïde et leur degré de maturation ou de différenciation leur permet de distinguer les formes lymphoblastiques et les formes lymphocytiques. Assez souvent, les deux types sont associés en proportions variables suivant les points de la préparation étudiée.

d) - Caractères évolutifs :

L'évolution régionale se fait ici encore par propagation le long de la paroi digestive. L'atteinte des ganglions est de règle, mais il faut noter parfois l'intégrité du tissu cellulaire pelvien dans les lymphosarcomes du rectum.

L'évolution générale se fait comme dans le cas des localisations gastriques ou jéjuno-iléales dans le sens, soit d'une lymphosarcomatose diffuse, soit après envahissement sanguin d'une leucosarcomatose.

Un examen précieux, la lymphographie permet seul d'apprécier l'extension des lésions aux ganglions lymphatiques profonds, inaccessibles à la palpation.

Cet examen est d'un intérêt considérable car il permet d'apprécier l'opportunité d'une opération mutilante et de préciser la topographie d'une irradiation éventuelle.

Enfin, la persistance de l'imprégnation des ganglions permet le contrôle pendant plusieurs mois de l'évolution par de simples clichés sans prépa-

2 - ANUS, RECTUM ET COLON DANS LES LEUCEMIES

Les lymphosarcomes du tube digestif sous diaphragmatique et les localisations à ce même niveau d'hémopathies malignes cliniquement connues offrent parfois des aspects assez comparables : il importe d'en préciser les différences éventuelles, macroscopiques ou histologiques.

a) - Les lésions observées au cours des leucémies lymphoïdes chroniques réalisent des aspects nodulaires, ulcéro-nodulaires, polypoïdes cérébriformes ou encore des aspects évoquant un processus de rectocolite hémorragique.

b) - Les lésions observées au cours des leucémies myéloïdes chroniques, longtemps niées ou méconnues seraient moins rares qu'on ne le prétend. Ce sont plus des lésions non spécifiques inflammatoires, à type de rectosigmoïdite chronique, de colite banale ou de syndrome dysentériforme.

On a néanmoins décrit (LEVRAT) des bourgeons superficiels saignant au contact et reposant sur une base infiltrée.

c) Les lésions au cours des leucoses aiguës se présentent sous l'aspect de foyers multiples très souvent ulcérés et hémorragiques, ou de masses tumorales bourgeonnantes ou ulcéro-infiltrante qui peuvent en imposer pour un carcinome notamment au niveau de l'anus.

ooooo

D - LOCALISATIONS MULTIPLES OU ASSOCIEES A D'AUTRES LOCALISATIONS (digestives sus diaphragmatiques ou non digestives).

1 - LOCALISATIONS ETAGEES DANS LE TUBE DIGESTIF SOUS DIAPHRAGMATIQUE : FORME DIGESTIVE DE LA LYMPHOSARCOMATOSE DIFFUSE (maladie de KUNDRAT)

Deux localisations sous diaphragmatiques sont souvent associées dans la lymphosarcomatose diffuse digestive. Il s'agit des localisations gastro-duodénales d'une part, et d'autre part des localisations rectosigmoïdiennes. Nous verrons l'importance d'une troisième localisation, cette fois sus diaphragmatique, dans le chapitre suivant.

Ces localisations sont simultanées et se succèdent à intervalles très courts, réalisant une forme digestive diffuse d'emblée, à distinguer des formes demeurant longtemps localisées à un seul organe, évoluant comme des tumeurs isolées.

La localisation rectale est essentielle à rechercher sur le plan pratique, car facilement accessible. Même devant un aspect peu anormal de la muqueuse rectale, il faut pratiquer une biopsie systématique qui souvent peut amener le diagnostic.

2 - LOCALISATIONS ASSOCIEES A D'AUTRES LOCALISATIONS DIGESTIVES SUS DIAPHRAGMATIQUES.

L'atteinte bucco-pharyngée est souvent un mode de début de la lymphosarcomatose digestive diffuse.

Atteinte amygdalienne :

- c'est soit une hypertrophie amygdalienne, le diagnostic n'étant alors posé qu'à l'examen histologique, soit une tumeur amygdalienne accompagnée le plus souvent d'une adénopathie sous maxillaire qui peut déformer la face,

- un des diagnostics à écarter est celui de syndrome de Mickulicz. On sait d'ailleurs avec quelle fréquence ce diagnostic a pû être porté d'une manière erronée, faisant méconnaître la réalité d'une hémopathie maligne.

- la symptomatologie associe une absence totale de douleur pharyngée à une gêne mécanique à la déglutition, s'installant tardivement lorsque les amygdales sont très volumineuses,

- les amygdales sont fermes, élastiques. Elles n'ont pas la dureté que l'on observe dans les épithéliomas, leur surface est régulière, leur muqueuse n'est pas ulcérée. Des lésions érythémateuses de la muqueuse buccale (vestibulaire, palatine, ou gingivale) et de la muqueuse pharyngée sont souvent associées, au niveau desquelles la biopsie montre des infiltrats caractéristiques.

3 - LOCALISATIONS DIGESTIVES ASSOCIEES A D'AUTRES LOCALISATIONS VISCERALES

Au cours de son évolution, lalymphosarcomatose digestive diffuse a la particularité de se propager rapidement à plusieurs territoires lymphatiques ou viscéraux.

L'invasion la plus banale est celle qui touche les ganglions lymphatiques mais les atteintes viscérales sont fréquentes et souvent multiples.

Les autopsies montrent la fréquence de ces extensions diverses :

- les reins, le pancréas, le foie, la plèvre, le myocarde, la rate; métastases lointaines les plus inattendues (cérébrales, rachidiennes, névraxe), peuvent être infiltrés de nodules lymphosarcomateux. On a même publié des observations de stades terminaux ou l'atteinte pluriviscérale était absolument diffuse.

Dans les cas où l'atteinte spléno-ganglionnaire est précoce, le diagnostic différentiel avec une leucose est toujours extrèmement difficile et sans doute parfois impossible.

Il faut souligner cependant qu'à part une anémie modérée, l'hémogramme et dans la majorité des cas, le myélogramme ne montrent aucune anomalie importante.

On connaît cependant des cas, où l'on a trouvé dans la moelle sternale une proportion importante de cellules anormales

oOo

PLANCHE I

Divers aspects radiologiques des localisations gastriques et intestinales des hémopathies malignes. Schémas inspirés de différents documents radiologiques tirés de CLAISSE (3), DELAHAYE (6), HILLEMAND (4, 5, 7) et de VERNEJOUL (2.)

- Figure 1 : "Lymphosarcome" de l'estomac : forme endogastrique, image lacunaire de la grande courbure, avec extension à la petite courbure.

- Figure 2 : "Lymphosarcome" de l'estomac, forme endogastrique, polypoïde : noter les masses tumorales polylobées de l'antre.

- Figure 3 : "Lymphosarcome" de l'estomac : forme infiltrante. Aspect de gastrite hypertrophique à gros plis : forme cérébriforme. Remarquer la finesse des sillons par rapport aux plis.

- Figure 4 : "Lymphosarcome" de l'iléon : forme bourgeonnante, variété nodulaire et pseudopolypoïde.

- Figure 5 : "Lymphosarcome" de l'iléon : forme cavitaire infiltrante associant un rétrécissement important de la lumière intestinale et une image pseudo-diverticulaire.

- Figure 6 : "Lymphosarcome" du caecum et de l'iléon terminal, image lacunaire du bord interne du caecum et images nodulaires et pseudopolypoïdes de l'iléon terminal.

- Figure 7 : "Lymphosarcome" de l'iléon : forme cavitaire, variété sacciforme avec des images nodulaires dans une ectasie segmentaire,
forme infiltrante, avec disparition du relief muqueux et rigidité segmentaire.

- Figure 8 - "Lymphosarcome" du colon, forme sténosante étagée, rétrécissements importants de la lumière intestinale intéressant le colon ascendant et le colon transverse.

- Figure 9 - "Lymphosarcome" du colon sigmoïde, ectasie segmentaire avec épaississement des plis.

- Figure 10 - "Lymphosarcome" du rectum, forme cérébriforme, cliché pris après exonération. Il faut rapprocher cette forme de celle simulant une gastrite hypertrophique géante du lymphosarcome gastrique.

NB - Pour les besoins de la mise en page, les documents sont reproduits à des échelles différentes; en particulier les schémas 4, 5, 7 (localisations au niveau du grêle) sont nettement agrandis par rapport aux autres. Les flèches indiquent les zones de bourgeonnements dans la lumière ou les zones d'envahissement pariétal. Fig. 7 : ECT : ectasie segmentaire, les lignes pointillées avec crochets cernent une zone de rigidité segmentaire.

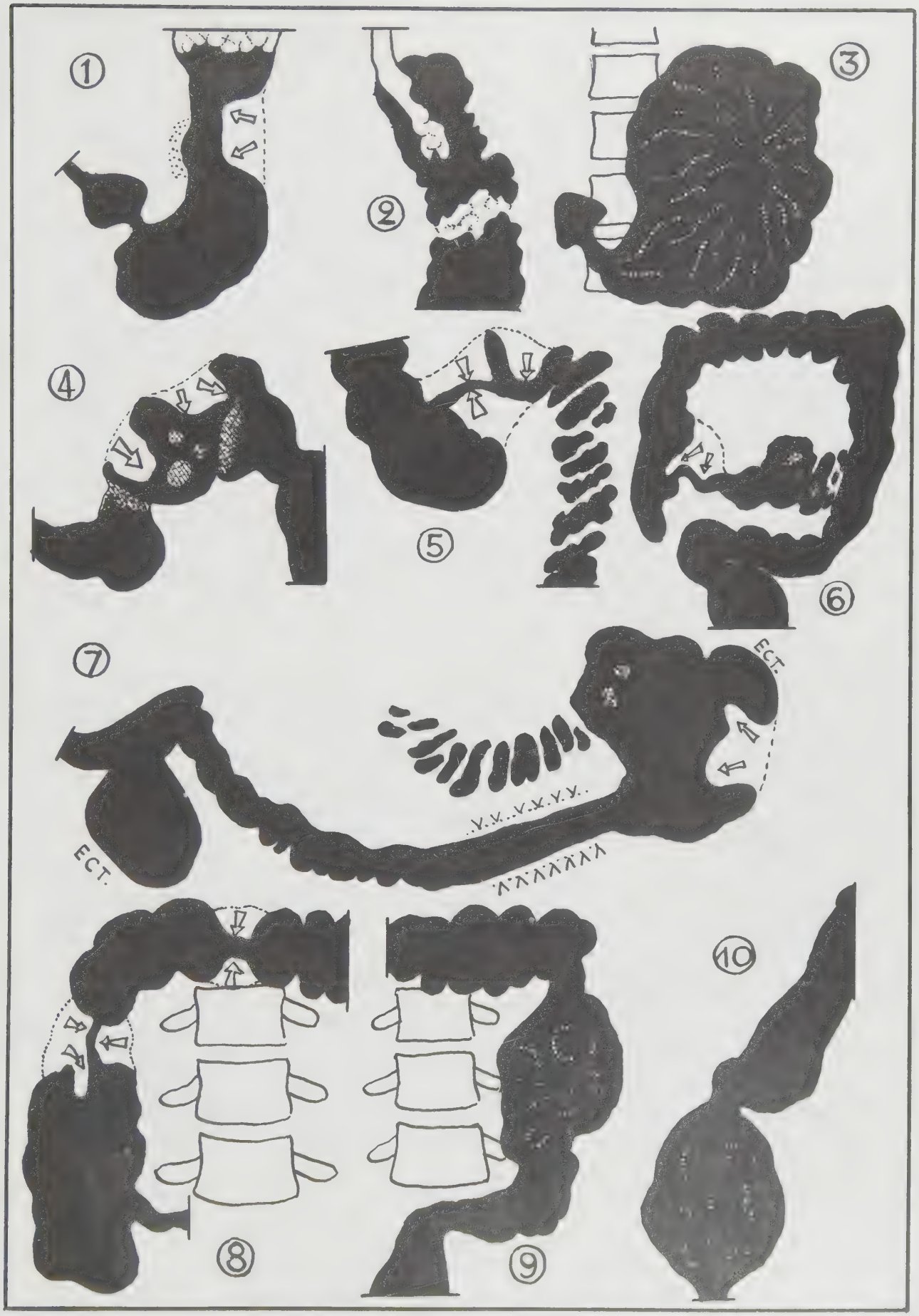

①
②
③
④
⑤
⑥
⑦
ECT.
ECT.
⑧
⑨
⑩

PLANCHE II

"Lymphosarcome" au colon transverse chez un enfant de quatre ans.

(Macroscopie : fig. 1 planche III)

a) - Figure A :

La prolifération néoplasique respecte remarquablement les tubes de la muqueuse, qu'elle écarte les uns des autres, et réalise une infiltration très dense du chorion et de la sous-muqueuse; au niveau de la sous muqueuse, on distingue ici une plage nodulaire simulant une formation folliculaire. En fait (cartouche), cette plage comporte une prolifération leucoblastique, avec participation réticulo-histiocytaire discrète associée : à gauche, dans le cartouche, dissociation de la muscularis mucosae. Noter au niveau des éléments cellulaires l'anisocaryose, la basophilie et les anomalies nucléolaires.

b) - Figure B :

La même tumeur au niveau de l'infiltration de la musculeuse et du méso : dans la musculeuse (à gauche), les éléments néoplasiques réalisent un clivage très élaboré des feuillets minces de la musculeuse, dans la sous séreuse (à droite et cartouche) les éléments néoplasiques réalisent une prolifération extrêmement dense, mais respectent certaines cellules, tels, ici, quelques adipocytes.

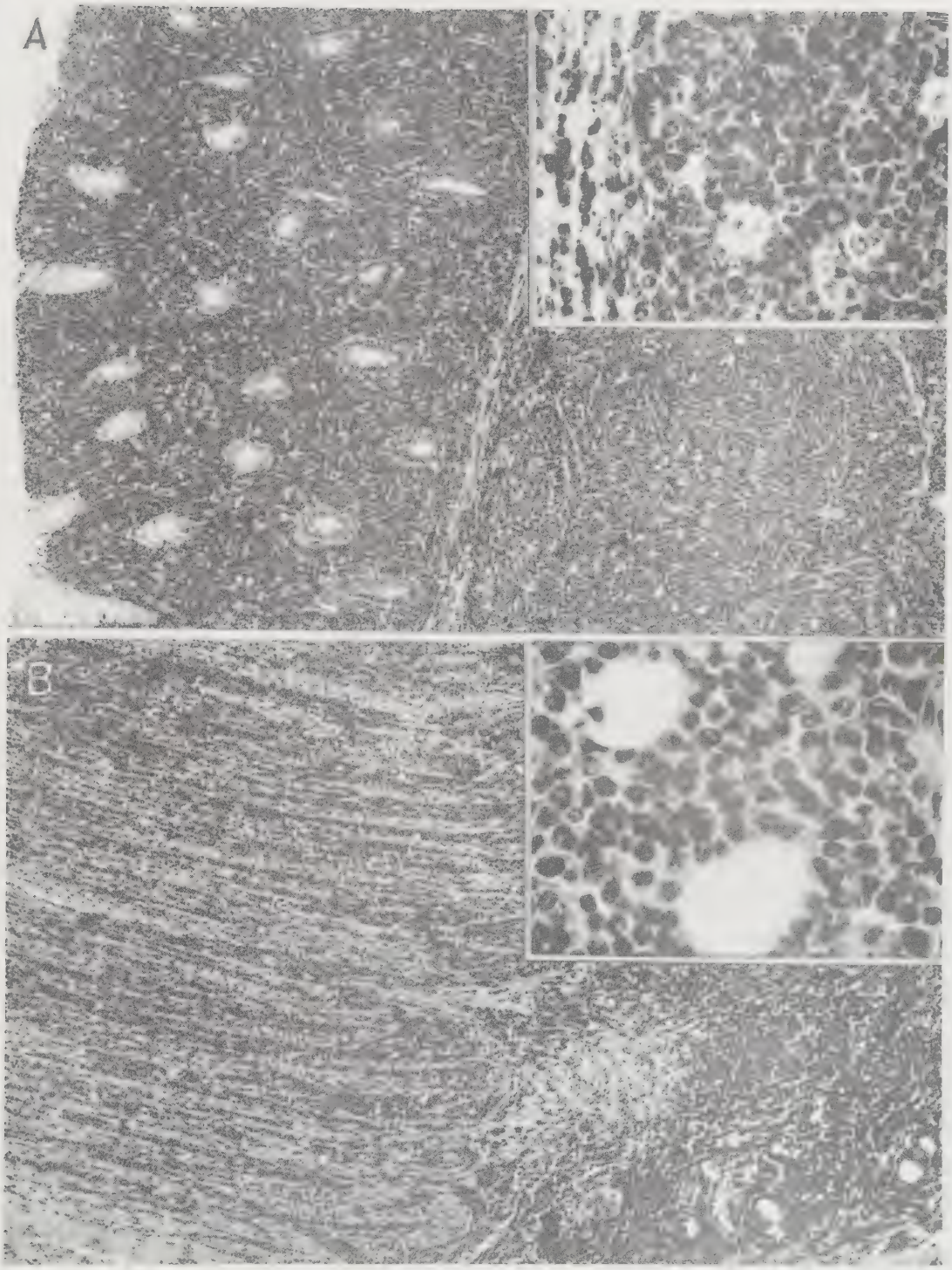

A
B

PLANCHE III

a) - Figure 1 : "Lymphosarcome" du colon transverse chez un enfant de 4 ans :

Tumeur annulaire infiltrante ayant déterminé une sténose segmentaire sur près de 4 cm de hauteur. Toute l'épaisseur de la paroi est infiltrée, ainsi qu'une partie du méso. Les ganglions correspondants étaient entièrement occupés par une prolifération de type leucoblastique.

b) - Figure 2 : "Réticulosarcome" du caecum :

Vue prise à un grossissement moyen, montrant une zone de destruction de la muqueuse (au centre et en haut), et une infiltration néoplasique massive de la sous-muqueuse. La muscularis mucosae, fortement dissociée par l'infiltration cellulaire se trouve à la limite de la zone claire. Noter le polymorphisme cytologique relatif et l'importance relative de la sclérose dans la sous-muqueuse.

c) - Figure 3 : "Lymphosarcome" de l'iléon (forme pseudo-polypeuse)

La muqueuse, intacte ou amincie (en haut), recouvre une série de formations nodulaires circonscrites mais non entourées de sclérose, dans lesquelles on trouve la prolifération lymphoïde maligne caractéristique, très dense et sans remaniements scléreux.

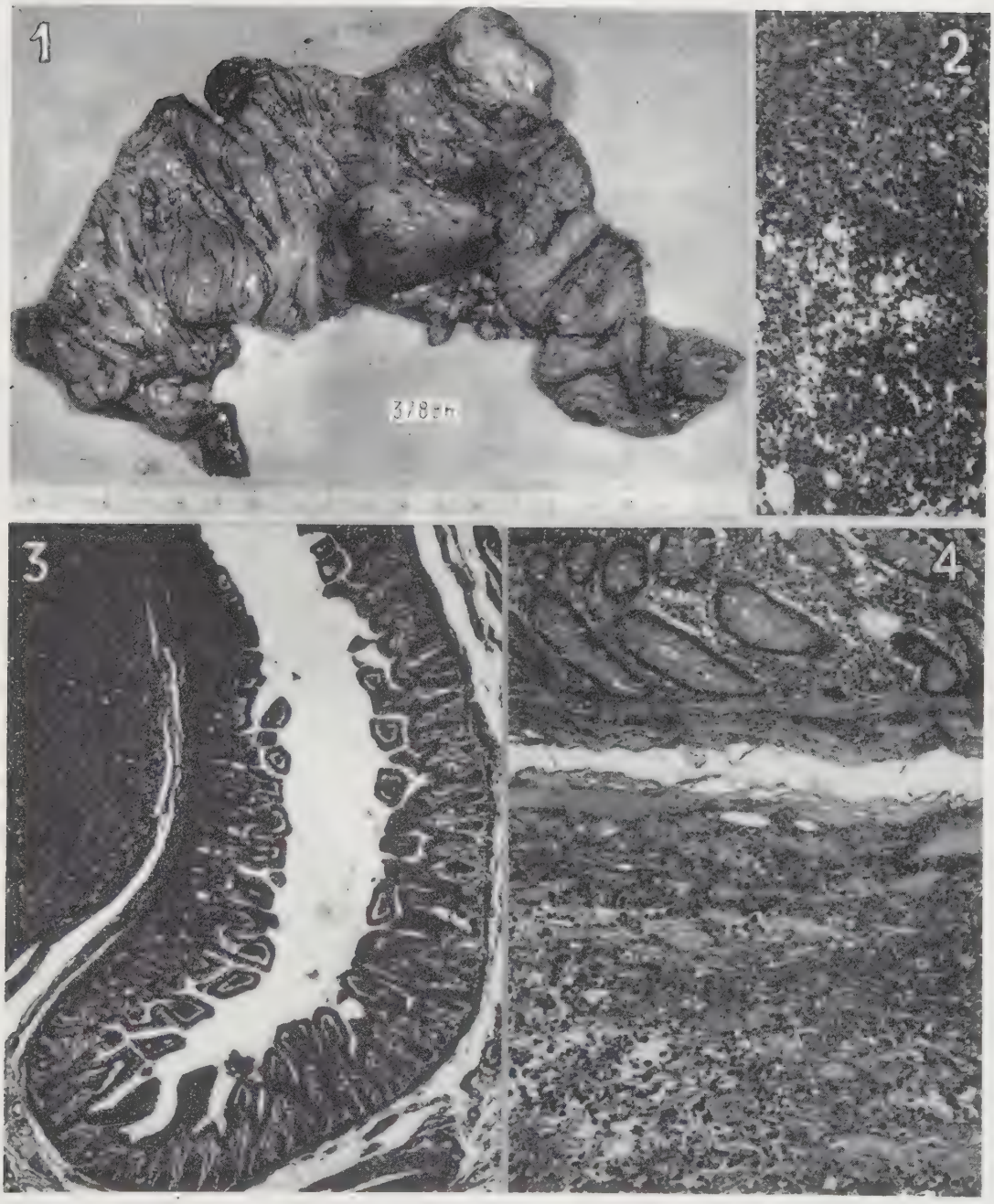
Noter l'intégrité remarquable du chorion et de la sous muqueuse dans la zone immédiatement adjacente (à droite).

d) - Figure 4 : "Réticulosarcome" du caecum :

La muqueuse, dont le chorion est intact est séparée par la musculaire muqueuse épaissie d'une prolifération polymorphe disposée en nappes peu denses et faite d'une majorité d'éléments réticulo-histiocytaires plus ou moins dissociés.

Fig. 1 - Document du Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital Saint Louis (Dr. J. CHOME),

Fig. 2, 3, 4 : Documents du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital de Versailles (Drs. DIEBOLD et REYNES).


1
3/8cm
2
3
4

- IV -

ELEMENTS DU DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES LOCALISATIONS DIGESTIVES SOUS-DIAPHRAGMATIQUES DES HEMOPATHIES MALIGNES

oOo

I - DIAGNOSTIC POSITIF (topographique et histologique)

a) - Certaines structures sont respectées, intégralement ou tout moins partiellement.

Dans les localisations gastriques en particulier la muqueuse est souvent intéressée par la prolifération néoplasique dans sa couche superficielle avec diastasis des tubes qui sont séparés les uns des autres par de larges intervalles où les cellules néoplasiques sont en culture pure; sur ce fond, basophile dense, les sections tubulaires se détachent par leur clarté et leur disposition régulière. Dans certaines formes évoluées, la prolifération néoplasique est suivie d'une nécrose massive de type ischémique et la couche superficielle de la muqueuse disparaît pour faire place à des ulcérations dont la surface est recouverte d'un liseré de nécrose fibrinoïde dans lequel on devine parfois la structure granulaire de la tumeur; les noyaux ne sont plus colorables. Des remaniements divers intéressent les arborisations vasculaires profondes de la sous-muqueuse et il faut parfois une imprégnation argentique pour retrouver le trajet des vaisseaux maintenant noyés dans la prolifération tumorale.

Des aspects analogues sont observés, toute proportion gardée, dans la sous-muqueuse, où les vaisseaux et surtout les plexus sympathiques autonomes sont parfois curieusement cernés par la prolifération lymphoïde néoplasique.

C'est surtout dans la musculeuse que se manifeste la différence de comportement entre les structures autochtones et la prolifération : l'aspect le plus courant et le plus significatif est l'intégrité remarquable des forma-

tions musculaires lisses qui sont simplement dissociées et clivées par la prolifération cellulaire.

La sous-séreuse est généralement peu intéressée, sinon par de petits nodules isolés ou confluents contenant la prolifération caractéristique; la participation épiploïque est modérée et le plus souvent nulle.

C'est au niveau de l'intestin grêle (iléon) que les aspects observés sont les plus évocateurs d'une véritable maladie de système : l'infiltration mésentérique est souvent très dense et intense, de caractère tumoral, avec participation ganglionnaire multiple; mais la muqueuse et la musculeuse, surtout dans la région iléo-terminale, conservent longtemps leur intégrité sauf évidemment, en cas d'abrasion de certains bourgeons à la suite de phénomènes de nécrose ischémique.

Les localisations caecales comportent généralement une prolifération lymphoïde très importante et c'est peut être à leur niveau que les structures préexistantes sont les moins bien conservées; en effet, notamment dans la région du bas-fond caecal, la muqueuse est la première à disparaître et l'intensité de la prolifération lymphoïde peut parfois s'accompagner de la destruction de larges pans de musculeuse.

Dans la région ano-rectale, les nappes lymphoïdes sont habituellement discontinues, respectant de larges secteurs de la paroi et sont parfois uniquement intra-sphinctériennes, ou étagées de part et d'autre du sphincter.

b) - Assez curieusement, les structures lymphoïdes normales du tractus digestif sous diaphragmatique entrent en régression d'une manière précoce à mesure que s'installe la prolifération lymphoïde maligne dans le segment intéressé.

Les localisations sigmoïdiennes, sont souvent ulcéro végétantes, ou ulcéro-polypoïdes, les régions "polypeuses" correspondant à de véritables ilots témoins de muqueuse persistant dans les zones d'abrasion pariétale plus ou moins poussée.

Quelle que soit la localisation, deux éléments fondamentaux entrent en ligne de compte pour le diagnostic positif : le respect absolu de certaines structures pariétales critère essentiel, et d'autre part la régression, accessoire et inconstante, du contingent lymphoïde, normalement affecté à la paroi intéressée.

ooooo

II - DIAGNOSTIC CYTOLOGIQUE POSITIF

a) - Les cellules pathognomoniques :

Leurs caractères morphologiques sont différents selon qu'elles sont vues sur des coupes histologiques après coloration et fixation, vues sur une empreinte sur lame effectuée à partir d'une section fraiche, avant fixation ou directement par l'intermédiaire de méthodes cytologiques pures: il ne faut pas oublier en effet que dans la plupart des cas, l'articulation essentielle du diagnostic positif cytologique consiste précisément dans la comparaison d'éléments faisant partie d'une coupe histologique et d'éléments vus secondairement, à l'occasion d'explorations de contrôle (hémogramme, et myélogramme). La sensibilité des méthodes est fonction d'un nombre de cas observés, et de la possibilité de confrontations rétrospectives.

Le problème de l'étude des localisations viscérales extra-digestives des hémopathies malignes se fonde sur les mêmes constatations morphologiques et connaît les mêmes difficultés pratiques : en particulier au niveau du foie, du rein, du testicule, et de la vessie, on observe pareillement le respect de certaines structures (parenchymateuses, surtout, musculaires, vasculaires ou adipeuses), l'extension plus ou moins accentuée dans le méso et les ganglions tributaires et des extensions histologiquement plus étendues que ne le laissait deviner l'étude macroscopique.

En résumé les nappes de cellules en prolifération présentent au niveau du tube digestif, comme ailleurs, une répartition irrégulière mais ne sont pas constamment destructrices; elles respectent certaines structures; leur nécrose peut être spontanée, en plages plus ou moins étendues, ou secondaire à des accidents circulatoires majeurs liés à des infiltrations vasculaires.

Dans tous les cas, l'imprégnation argentique permettra d'éliminer le diagnostic de réticulosarcome : dans le réticulosarcome, la prolifération cellulaire s'accompagne de l'élaboration d'un abondant réseau de fibres argentaffines en rapport plus ou moins évident avec les vaisseaux ou centré par ceux-ci.

Sur les coupes histologiques, après inclusion et fixation, l'identification des éléments n'est jamais absolue : on peut bien entendu se baser sur des indications approximatives (noyau non sphérique réniforme parfois, inégal en diamètre d'une cellule à l'autre, avec chromatine irrégulière ou pulvérulente, toujours de forme arrondie); du fait de la rétraction après fixation, le noyau est souvent irrégulier; l'on peut rencontrer parfois un ou plusieurs nucléoles monstrueux, nettement colorables, mais la masse nucléolaire est en général difficilement perceptible du fait de la rétraction globale du noyau.

La cytologie directe montre en général des noyaux plus volumineux d'un tiers que ceux des mêmes éléments étudiés sur coupe histologique, l'étude cytologique permet d'y localiser avec plus de sécurité les granulations chromatiniennes, avec souvent une condensation distale, située sous la membrane cytoplasmique, donnant un aspect vaguement plasmocytoïde à certains éléments.

Les études par cytologie directe sont du domaine de l'exploration hématologique et ne sont pas dans notre propos actuel:

b) - si les cellules pathognomoniques sont parfois difficiles à affirmer, le contexte cytologique et tissulaire dans lequel elles se placent suffit à leur identification précise : en effet la destruction des structures réticuliniques est parfois constatée sur les coupes histologiques, et les cellules deviennent facilement détachables, permettant la confection de préparations cytologiques particulièrement riches en éléments cellulaires

et dans lesquelles on observe souvent des amas de cellules immatures et très inégales, à noyaux fortement hyperchromatique, à cytoplasme parfois basophile et nettement visible, et qui sont de type leucoblastique, entourées d'éléments plus matures à chromatine très dense, et à noyau relativement petit; dans cette perspective, la cytologie sur empreinte de tranche de section restitue dans une certaine mesure la topographie générale de la tumeur; c'est dans le même ordre d'idées qu'il faut classer certaines images suggérant des faits de transition entre des éléments plus ou moins fixes du système réticulo-histiocytaire et les cellules en prolifération.

oooo

III - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il se pose peu ou accessoirement sur le plan histologique et topographique, par contre sur le plan cytologique, il revêt parfois des difficultés insurmontables si l'on ne dispose pas de préparations valables, dépourvues d'artefacts (rétractions pour les coupes, dessication intempestive pour les empreintes ou les frottis) et de plus, parfaitement colorées et différenciées.

a) - Causes d'erreurs d'interprétation en faux négatif :

Sur les coupes histologiques, les renseignements topographiques peuvent être rendus inutilisables par une orientation défectueuse des prélèvements : on s'attachera surtout à insister sur les zones marginales des lésions en étudiant particulièrement la limite entre la zone pathologique et la zone saine, qu'il s'agisse d'une ulcération, d'un infiltrat, ou d'un nodule plus ou moins saillant. A ce titre, les biopsies superficielles, réalisées en observation paraclinique (gastrobiopsie, biopsie rectale par voie endoscopique) sont très aléatoires, car la topographie y est amputée du test essentiel que constitue l'invasion des interstices de la musculeuse et des structures sous jacentes; en ce qui concerne les pièces de résection chirurgicale, ces critères topographiques sont exploitables au maximum.

Les remaniements malheureusement fréquents (nécrose et hémorragie) peuvent compliquer la tache de l'histopathologiste en lui masquant la structure tumorale de l'infiltrat, soit par dissociation pure et simple, soit par nécrose ischémique; dans ce dernier cas, l'imprégnation argentique du matériel fibrillaire précise les rapports des éléments en prolifération avec le stroma préexistant.

Nous ne parlerons pas des erreurs en faux négatif provenant d'une fixation défectueuse, qui sont heureusement rares, et qui ne sont pas l'apanage des tumeurs que nous étudions; en fait, contrairement aux prévisions, bien souvent la lecture topographique est encore possible, même en cas d'autolyse accentuée, contrairement à ce que l'on observe avec certaines tumeurs très fragiles (carcinomes bronchiques à petites cellules par exemple).

b) - Causes d'erreur d'interprétation en faux positif :

1 - Les "lymphomes" du tube digestif ont été décrits à maintes reprises (LEVRAT, POTET) et correspondent à une entité particulière très impressionnante à la fois par l'intensité de la prolifération toujours éminemment suspecte, autant que par le démenti qu'apporte l'évolution à un pronostic histopathologique, souvent très réservé. Il est probable que certaines observations identifiées et souvent rapportées sous le nom de "lymphomatose" ou de "lymphome" du tube digestif concernent en réalité des localisations d'hémopathies malignes latentes dont le stade de généralisation n'a pas été encore observé. Il n'en reste pas moins que certains lymphomes du tube digestif ont évolué avec un contexte hématologique parfaitement normal; ceci est particulièrement vrai pour des localisations gastriques comportant constamment une association avec un ulcère peu profond, n'entaillant généralement pas la couche profonde de la sous-muqueuse et situé dans la région antrale.

2 - Il est plus fréquent de voir porter à tort le diagnostic de lymphosarcome ou de localisation digestive d'une hémopathie maligne à propos d'un carcinome anaplasique à cellules très petites et très altérées surtout lorsque la fixation laisse à desirer : il s'agit d'un problème assez analogue) celui du diagnostic de réticulosarcome, porté souvent d'une manière erronnée sur des carcinomes mal fixés. Le respect, même relatif de la musculeuse aura une grande valeur pour le diagnostic différentiel.

Il va sans dire d'autre part que les explorations hématologiques complémentaires sont ici essentielles, permettant dans bien des cas de redresser le diagnostic.

oOo

- V -

RESUME ET CONCLUSIONS

- CONCLUSIONS

1 - Les localisations digestives sous-diaphragmatiques des hémopathies malignes sont relativement fréquentes et en partie méconnues. Le nombre des cas observés et rapportés dans la littérature, insignifiant au début de ce siècle, a plus que doublé lors de la dernière décénnie.

Cette augmentation est en rapport avec celle des hémopathies malignes observées et avec l'élévation de la sensibilité des méthodes de diagnostic, radiologiques, endoscopiques, biopsiques et anatomo-pathologiques.

Les hémopathies malignes à l'origine de localisations digestives sont variées. On peut y reconnaître essentiellement :

- des leucoses aiguës,
- des leucosarcomatoses,
- des cryptoleucoses.

2 - Les éléments radiologiques et endoscopiques du diagnostic ont des rapports étroits et souvent significatifs avec l'anatomie pathologique macroscopique.

Ainsi on a pu établir dans de très nombreux cas une correspondance précise entre les images radiologiques et l'aspect macroscopique des foyers digestifs.

De même, l'endoscopie a bénéficié des progrès réalisés par l'étude macroscopique des pièces opératoires ou nécropsiques.

3 - L'allure clinique varie suivant la forme et suivant la localisation.

- les localisations gastriques en imposent volontiers pour un ulcère ou un épithélioma et peuvent être découvertes lors d'une complication aiguë : perforation, péritonite, hémorragie. L'aspect de gastrite hypertrophique géante à gros plis est bien connu et est un diagnostic différentiel de la maladie de MENETRIER.

- les localisations sur le grêle possèdent une symptomatologie inconstante et parfois trompeuse, pseudo-gastrique ou pseudo-vésiculaire, mais parfois intestinale (épisodes occlusifs répétés, syndrome de KOENIG, perforations, hémorragies) sans valeur de diagnostic positif, et ceci d'autant plus qu'il peut y avoir matière à intervention chirurgicale d'urgence.

En dehors des complications chirurgicales, certaines évolutions chroniques peuvent prendre le masque d'une affection segmentaire (iléite de type CROHN, tuberculose).

- les localisations caecales offrent le plus souvent un tableau d'urgence chirurgicale évoquant une affection aiguë de la fosse iliaque droite, une typhlite, une appendicite, une invagination.

Plus rare est l'éventualité d'une tuméfaction de la fosse lombo-iliaque droite avec troubles digestifs et manifestations générales pouvant simuler une affection rénale et nécessiter des explorations urographiques de contrôle.

- les localisations coliques se traduisent le plus souvent par des troubles fonctionnels sans spécificité qui font redouter un cancer colique, mais peuvent le plus souvent revêtir l'aspect clinique d'une colite, d'une recto-sigmoïdite, d'une polypose, jusqu'au moment où les explorations complémentaires font éliminer cette interprétation.

- les localisations anales peuvent simuler les affections les plus diverses depuis le simple prurit anal jusqu'aux tumeurs autonomes (condylome, épithélioma) en passant par les syndromes hémorroïdaires ou fissuraires.

4 - Les caractères anatomo-pathologiques sont tantôt évocateurs tantôt non significatifs.

L'aspect macroscopique de toutes les lymphomatoses de l'estomac (lymphomatoses ulcéreuses, essentielles, gastritiques ou leucosiques) peut seulement faire évoquer un diagnostic dont la confirmation nécessite un contrôle histologique et cytologique.

Il en est de même pour les lymphomatoses du grêle chez l'enfant, ou pour certaines localisations évoluant sous un masque d'emprunt (rectites chroniques, recto-sigmoïdites, polyposes rectocoliques, etc....).

Néanmoins certains caractères macroscopiques sont très évocateurs :

- l'aspect mollasse des lésions, l'absence de dureté,
- l'existence d'une rigidité relative avec cependant conservation d'une certaine souplesse pariétale,
- le caractère extra orificiel (pour les localisations gastriques),
- la conservation durable de l'intégrité de la muqueuse digestive,
- certaines ectasies segmentaires permanentes par atteinte de la musculeuse,
- l'aspect plus sessile que pédiculé des formes pseudo-polypeuses du colon,

L'examen histologique montre une infiltration diffuse, de caractère "lymphosarcomateuse" ou "lymphomateuse", avec respect fréquent des structures pariétales.

5 - La cytologie permet d'une part de constater des critères de malignité au niveau des éléments tumoraux, et d'autre part de contrôler ou d'établir le diagnostic d'hémopathie maligne par l'étude de l'hémogramme et du myélogramme.

6 - Les déterminations digestives des leucémies chroniques ont une importance relativement moindre que celles des leucoses ou des leucosarcomatoses. Découvertes d'examens systématiques ou démontrées par

vérifications nécropsiques, elles n'offrent d'intérêt que lorsqu'elles confèrent à la maladie une orientation évolutive particulière (symptômatologie digestive, ou aggravation du fait d'une localisation digestive à retentissement général).

7 - L'évolution des connaissances anatomo-pathologiques et hématologiques a donné à l'étude des localisations digestives des hémopathies malignes un intérêt accru, les cas observés se multiplient grâce à l'expansion des investigations radiologiques systématiques, endoscopiques et biopsiques, et viennent à leur tour enrichir non seulement les descriptions anatomiques, mais aussi préciser le profil évolutif et la place nosologique des différentes variétés identifiées actuellement;

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. GOUYGOU

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - AGOSTINI, FOURNIER, LISCIA, MORTUREUX et SARROLA

Manifestations digestives de la lymphosarcomatose de Kundrat
Maroc Médical, 1955, 34, pp. 478-482

2 - AGRA CADARSO (B.)

Lymphosarcome de l'iléon perforé
Revista Clinica Espagnola, Madrid, 31 juillet 1954, pp. 225-231

3 - ALBOT (G.), BRUNET (R. J.), JOUBAUD (F.), DAVEZAC (J. F.)

Sur les étapes muqueuses et pariétales du lymphosarcome primitif de l'estomac.
Arch. Mal; App. Dig. Juin 1960, 49, n°6, pp. 701-726

4 - ALLEN (A. W.), DONALDSON (G.), SNIFFEN (R. C.) GOODALE (F. S. R.)

Primary malignant lymphoma of gastro-intestinal tract
Ann. Surgery, 140, sept. 1954, pp. 423-438

5 - ANCENAY (M.)

Manifestations digestives du lymphome giganto-folliculaire
Thèse Paris 1960

6 - ANCENAY (M.), PAUGAM (B.), VIGUIE (R.)

Manifestations digestives de la maladie de Brill-Symmers
J. Med. Paris, 80, n°9, sept. 1960, pp. 333-345

7 - ARCHER (V. W.), and COOPER (G.)

Lymphosarcoma of the stomach, diagnosis and treatment
Am. J. Roentgenol, 42, 1939, pp. 332-340

8 - ARON (F.), VARGUES (R.), GROUSSIN (P.)

Les hémorragies digestives des macroglobulinémies
Arch. Mal. App. Dig. 53, 1964, n°11, pp. 1205-1212

9 - ARVAY (N.), PICARD (J.D.)

La lymphographie, étude radiologique et clinique des voies lymphatiques normales etpathologiques.
Masson et Cie, Editeurs, Paris 1963.

10 - AZZOPARDI (J.G.), et MENZIES (T.)

Primary malignant lymphoma of the alimentary tract.
Brit. J. Surg. 47, 1959, pp.358

11 - BACIGALUPO

Les lymphosarcomes gastro-intestinaux
Rev. Med. Chil. 77, n°6, juin 1949, pp.394-400

12 - BAEHR (G.) and Al.

Follicular lymphoblastoma
Amer. j. of Pathol. 7, 1932, p.558

13 - BAGGENSTOSS (A.H.) and HECK (F.J.)

Follicular lymphoblastoma
Amer J. of the Med. Sc. 17, 1940, p.200

14 - BALDRATTI (F.), MATTIOLI (G.)

Sarcome de l'estomac
Minerva Chirurgica, nov. 1957, 12, n°21, pp. 1335-1349

15 - BASCH André

Thèse Paris 1966

16 - BATY (J.A.)

Lymphosarcoma of stomach
The British J. of surg., Bristol, Juillet 1954, pp.71-77

17 - BELLANGER et CRESSON (H.)

Un cas de lymphosarcome gastrique
Suppl. Presse Med., 72, n°53, 1964

18 - BENOIT (P.), BELLIN (A.), CHICHA (P.), et NOIX (G.Y.)

A propos d'un cas de lymphosarcome gastrique
Soc. Française d'Electro-rad. (16-11-64).

19 - BENSAUDE (R.), CAIN (A.), HILLEMAND (P.)

Lymphosarcome ano-rectal
Arch. Mal. App. Dig. 24, n°8, oct. 1934, pp. 875

21 - BENSAUDE (R.), CAIN (A.), HILLEMAND (P.), HOROWITZ (A.)

Le lymphosarcome rectal et ano-rectal
In BENSAUDE, Maladies de l'Intestin, III pp. 102-126, Masson, 1936

22 - BENSAUDE (R.), CAIN (A.), HOROWITZ (A.)

Le lymphosarcome du rectum
Ann. de Med., 26, n°5, dec. 1929, pp. 405-431

23 - BENSIS et GOUTTAS

Leucose aiguë à début pseudo-appendiculaire
Le Sang, 1932, p. 786

24 - BERGER (I.R.), GAY (B.B.), WHORTON (C.M.)

Malignant lymphoma of the stomach
Radiology, 62, n°4, avril 1954

25 - BERMAN (H.)

Lymphosarcoma of the stomach
Med. Rec. New-York, 160, n°30-32, 1947

26 - BERNARD (Jean)

Maladies du sang et des organes hémopoïétiques
Traité Masson 1949

27 - BERNARD (Jean)

Maladies du sang
Flammarion Editeur.

28 - BERNARD (Jean)

Maladie de Hodgkin, lymphosarcomes, réticulo-sarcomes
Rev. du Prat., 16, n°7, 1er mars 1966, pp. 815-818

29 - BERT (J.M.), PAGES (A.), GARRIGUES (J.M.), DAVOUZE (R.), BALMES (J.C.)

Sur un nouveau cas d'infiltration lymphoïde gastrique de classement difficile.
Arch. Mal. App. Dig. 53, n°7-8, 1964, pp. 906

30 - BERTILLON (F.), et LIBERSON (M.)

Lymphosarcome rectal trois ans après l'ablation d'un lymphosarcome des deux amygdales
Bull. Assoc. Franc. pour Etude du Cancer, 25 juin 1936, p. 634

31 - BERTRAND (I.), LIBAUDE (H.), OLIVIER (C.)

Lymphoblastose gastrique ulcéreuse
Presse Med. 23 mai 1951, 59, n°35, p. 728

32 - BIGGS (A.O.), ELLIOT (A.R.)

Pseudoleukemia gastro-intestinalis
J.A.M.A., 83, 19 july 1924, p. 178

33 - BIRCH (C.A.)

Primary sarcoma of the stomach
Brit. Med. 5 febr. 1954, p. 393

34 - BOCCA, MELEY et BRONDEL

A propos d'un cas de lymphosarcome gastrique
Arch. Mal. App. Dig. Dec. 1955, n°12, pp. 1313-1316

35 - BOCQUIN (R.)

Les lésions recto-sigmoïdiennes au cours des hémopathies
Thèse Paris 1951

36 - BOIKAN (W.S.)

Leukemic changes of the gastro-intestinal tracts
Arch. of Int. Med. n°1, jan. 1931

37 - BORDIGA, RENARD et MARET

Polypose rectocolique généralisée de nature lymphoïde, localisation d'une lymphosarcomatose.
Arch. App. Dig. 1953, 42, p. 818

38 - BOULLET

A propos des lymphosarcomes de l'intestin grêle
Thèse Paris 1960

39 - BURNETT (H.W.), et HERBERT (E.A.)

The rôle of irradiation in the treatment of primary malignant lymphoma of the stomach
Radiology, 67, n°5, 1956, pp. 723-728

40 - BUSCHKE (F.), et CANTRYLL (J.T.)

Secondary lymphosarcoma of the stomach, review and cases report.
Am. J. of Roentg. 82, 1959, pp. 634-650

41 - CABOT

Case record 25. 242. Malignant lymphoma giant follicular type of jejunum.
New Eng. J. Med. 220, 1939, p. 1008

42 - CABOT

Case record 34. 292. Malignant lymphoma giant follicular type of mesentery of small intestine.
New Eng. J. Med. 233, 1948, p. 779

43 - CABRERA (A.), DE LA PAVA (S.), PICKREN (J.W.)

Localisation intestinale de la maladie de Waldenström
Arch. of Int. Med. 1964, 114, n°3, pp. 399-407

44 - CAIN, HILLEMAND et MEZARD

La lymphangite lymphosarcomateuse généralisée de l'estomac
Arch. Mal. App. Dig. 1934, 24, pp. 337-353

45 - CAPRAN (R. M.)

A proposita de linfosarcoma de ciego en un nino de tres anos de eddad.
Prensa Med. Argentina, 40, n°3, 15 janv. 1953, pp. 159-161

46 - CARASSO (R.)

A propos de la lymphosarcomatose digestive.
Rev. Med. Franc. sept. 1960, 41, pp. 335-338

47 - CARDON (L.), GREENBAUM

Lymphosarcoma of the stomach
Am. J. of Dig. Diseases, 12, oct. 1945, pp. 339-344

48 - CASAL (M.A.)

Lymphosarcome gastrique
La Prensa Med. Arg. 27 fev. 1953, 40, n°9, pp. 528-530

49 - CATTAN (R.)

La forme digestive de la lymphosarcomatose diffuse (maladie de Kundrat).
Bull. et Mem. Soc. Med. des Hop. 16 janv. 1953, pp. 40-43

50 - CATTAN (R.)

Les localisations digestives des hémopathies malignes
Entretiens de Bichat (Med.), 1953, pp. 163-166

51 - CATTAN (R.), CARASSO (R.), FRUMUSAN (P.), HOPPELER (A.) ZERAH (Ch.)

Localisations digestives multiples de la lymphosarcomatose diffuse
Arch. Mal. App. Dig. Dec. 1951, 40, n°12, p. 1289

52 - CATTAN, FRUMUSAN, BENSAUDE, BREYMAERT, ISRAEL, HABIB

Leucoses aiguës et chroniques à manifestations digestives prédominantes.
Arch. Mal. App. Dig. 1953, n°7, pp. 904-915

53 - CATTAN (R.), PORCHER (P.), VENSAUDE (A.), FRUMUSAN (P.)

Lymphosarcomatose du tube digestif à type de polypose diffuse
Arch. Mal. App. dig. 1953, 42, n°7-8, pp. 937-943

54 - CATTAN (R.), VESIN (P.) BONNET (J.L.), HIVET (M.)

Macroglobulinémie de Waldenström et ulcération gastrique
P. M. 1959, 67, n°26, pp. 1068-1071

55 - CAZAL (P.)

Diagnostic cytologique et histologique des lympho-réticulopathies malignes.
Rev. Prat. 16, 1966, n°7, p. 837

56 - CHAPELLART (P.), CHRISTOL (D.), CHAUDIRON, BANZET (P.)

Un cas de lymphosarcome de l'estomac
Arch. Mal. App. Dig. Nov. 1958, 47, n°11, pp. 1241-1246

57 - CHERIGIE (E.), PRADEL (Mme J.)

Les lymphosarcomes de l'intestin grêle
Ann. Rad. 4, 1961, n°5-6, pp. 295-304

58 - CHONT (L. K.)

Sarcomas of small intestine and reference to their radiosensibility
Radiology, 36, n° 87-97, janv. 1941

59 - CLAISSE (R.), DALAYEUN (J.), ESTENNE (B.)

Lymphosarcomatose à forme digestive
P. M. 73, 1965, n°15, pp. 845-850

60 - COHEN (A.), DORMONT, BERNARD (J.)

Un cas de localisation digestive d'une lymphosarcomatose avec leucémie.
J. de RAD. et Electr. 1958, 39, pp. 545-547

61 - COLANGELO (C.)

Primary lymphosarcoma of stomach.
Am. J. of Roentgenology, Sprinfield, 2 aug. 1954, pp. 209-213

62 - COLLIEZ (R.), PICHARD (R.), FORTIER-BEAULIEU (M.)

A propos d'un cas de lymphosarcome traité par gastrectomie et radiothérapie, et guéri pendant neuf ans.
J. Rad. 40, 1959, pp. 171-175

63 - COMPAGNOLI (O.)

Sur l'hyperplasie réactionnelle giganto-folliculaire du tissu lymphoïde, dite forme localisée de la maladie de Brill-Symmers
Arch. Ital. Path. Clin. Tumori, 2, 1958, pp. 823-849

64 - CONSTANTIN (H.)

Le lymphosarcome du caecum
Thèse Bordeaux 1954.

65 - CONTE, HEWITT, GUERET

A propos d'un cas de lympho-réticulosarcome de l'estomac
Arch. Mal. App. Dig. 40, juin 1951, n°6

66 - COOK (J. C.), KRABBENOHFT (K. O.), LEUCUTIA (T.)

Lymphosarcoma, reticulum cell sarcoma and giant follicular lymphoma, long term results following radiation therapy
Am. J. Roentgen, 84, oct. 1960, pp. 656-665

67 - CORNES (J.S.) SMITH (J.C.), SOUTHWOOD (W.F.W.)

Lymphosarcoma in chronic ulcerative colitis, with report of two cases
Brit. J. Surg. 49, July, 1961, pp.50-53

68 - CORNET (A.)

Sarcomes, tumeurs malignes de l'estomac
E.M.C. 9027,A 70, 1 à 4

69 - CORNIL (J.M.)

Contribution à l'étude du problème nosologique des réticulopathies gastriques.
Thèse Marseille, 1953.

70 - COURET (J.S.)

Extra medullary plasma cell tumor of the stomach, a case report
Am. J. Clin. Path., 16, 1946, pp.213-218

71 - COUTURIER (F.)

Les formes digestives de la lymphosarcomatose diffuse
Thèse Lyon 1962.

72 - GRILLE (G.), HAZARD (J.), ALLEN (K.)

Primary lymphosarcoma of stomach
Ann. Surg. 1952, 135, 39

73 - CRISMER (R.), DREZE (Ch.)

La gastrite hypertrophique géante, diagnostic différentiel.
Acta Gastro-Enterol. Belg. 25, 1962, pp.623-640

74 - CURIE (D.J.), LUKE (J.C.)

Giant follicular lymphoma of rectum bone involvement malignant degenerancy.
Canada Med. Assoc. J. 63, 1950, 150

75 - CUTHBERT DUKES (M.D.)

Lymphoma of the rectum : with report of three cases
Proctology Royal soc. Med. 27, 1934, p.926

76 - CUTLER (G.D.), STARK (R.B.), SCOTT (H.W.)

Lymphosarcoma of the bowell in childhood
The New Engl. J. of Med. 232, 7 june 1945, n°23, pp.665-670

77 - DARMAILLACK, FERRAND, ESTEVE

Un cas de lymphosarcome gastrique
Arch. Mal. App. Dig. 40, 1951, pp. 1100

78 - DA SILVA HORTA (J.)

Tumeurs multiples du tissu lymphatique gastro-intestinal
Gaz. Med. Port. 1, 1948, pp. 49-70

79 - DAVETT (S. L.), TEFFT (M.), DRUMMOND (C. P.), LEVITA (R.)

Leukemic infiltration of the sigmoïd colon, report of a case simulating carcinoma with obstruction
Am. J. of Diseases, Nvelle série, 8, n°3, mars 1963, pp. 290-304

80 - DAVEZAC (H.)

Contribution à l'étude des lymphoréticulosarcomes primitifs de l'estomac.
Thèse Paris 1959

81 - DAWBORN (J. K.)

Macroglobulinemia and severe intestinal hemorrage in lymphosarcoma
Med. J. Austr. 1961, 48, n°2, pp. 515-516

82 - DAWSON (I. M. P.), CORNES (J. S.), MORSON (B. C.)

Primary malignant lymphoïd tumours of the intestinal tract report of 37 cases with study of factor influencing prognosis
Brit. J. of Surg. 49, July 1951, n°213

83 - DEBRAY (J.)

Sarcomes et leucémies
Thèses, Paris 1951

84 - DEBRAY (J.)

Sarcomes, sarcomatoses et leucosarcomatoses
Vie Med. 1953, n° spécial de Noël pp. 38-43

85 - DEBRAY (J.)

Aspects digestifs des hémopathies malignes
Entr. de Bichat, 1953, pp. 265-270

86 - DEBRAY (J.), SARAKINOS (M.)

Les localisations digestives des hémopathies malignes
Le Sang, 29, 1958, pp. 572-590

87 - DEBRAY, LEYMARIOS, MERY, BENVISTITO

La lymphosarcomatose digestive diffuse, importance des localisations rectales.
Entr. de Bichat, 1964, pp. 451-456

88 - DEEB, STILSON

Roentgen manifestations of lymphosarcoma of the stomach
Arch. Surg. 71, 1955, p. 288

89 - DEJEAN (C.)

Contribution à l'étude du lymphosarcome de l'intestin grêle
Thèse Paris 1955, n°971

90 - DELAHAYE (R. P.) ISNARD (J.), PYARD (M.)

Les lymphosarcomes du caecum
J. Rad. (Paris), 44, 1963, n°10, pp. 625-634

91 - DORAN (W.) DORAN (W. T.)

Lymphosarcoma of the stomach with perforation
Am. J. Of Surg. 61, 1943, pp. 136-137

92 - DROUHARD (M.)

Lymphoblastosarcome du caecum chez un amibien
Mem. Acad. Chir. 69, 10 mars 1943, pp. 129-131

93 - DUBOST (C.)

Réticulose histio-monocytaire tumorale à localisation gastrique
P. M. 23 juin 1948, n°37, p. 456

94 - DUFOUR (R.), MORETTI (G.), TASQUE (P.), MALLEVILLE (J.)

Lymphosarcome du caecum chez un amibien.
J. de Med. de Bordeaux et S. O. 133, n°2, fev. 1956, pp. 147-149

95 - DUMONT (G. A.)

Un cas de lymphosarcome perforé
Lyon Med. 163, 1939, pp. 769-776

96 - DUPERRAT (B.)

Les lymphomes bénins du rectum
P. M. 1950, n°65

97 - DUPERRAT (B.), KERNEIS (J.)

Lymphoblastome giganto-cellulaire de Brill-Symmers
P. M. 57, 15 juin 1949, n139, p. 550

98 - DUPUY (R.), GOLDEFY (J. M.), MALEYRIE (R.)

Lymphoréticulosarcome de l'estomac
Arch. Mal. App. Dig. 40, 1951, p. 447

99 - DUPUY (R.), STUHL (L.), VALLIN (J.), GAVELLE (P.), VERNADET (M. L.).

L'aspect radiologique, pathologique de l'estomac au cours d'une leucémie lymphoïde.
P. M. 1 juin 1963, 71, supplément 27

100 - DUPUY (R.), VALLIN (J.)

Diagnostic des tumeurs du grêle
Rev. du Prat., 15, avr. 1963, n°12, pp. 1631-1647

101 - DURAND-GIBERT (J.)

Leucémie aiguë chez l'enfant, formes viscérales
Thèse Toulouse 1950

102 - DURHAM(R. B.) ADCOCK (D. F.)

Lymphosarcoma of the stomach
Rec. Columbia Med. Soc. Richland Country, 12, 1948, pp. 13-15

103 - ELLIS (H. A.), LANNIGAN (R.)

Primary lymphoïde néoplasms of the stomach
Gut. 4, n°2, juin 1963, pp. 145-152

104 - ENDE (N.), DARON (P. B.), RICHARDSON (L. K.), RAIDER (L.) ZISKIN (J.)

Plasma cell tumor of the stomach. With report of a case
Radiology 55, 1950, pp. 207-213

105 - ERBES (J.), STEHLIN (J. S.)

Lymphosarcoma of the caecum causing intussuception in a nine years old boy
Am. J. of Dis. of Child, 85, mai 1953, pp. 551-555

106 - ERNST (K. F.), BEELER (T. T.), SMITH (L. A.)

Cytologic and radiologic observations in lymphosarcoma of the stomach.
California med. 74, april 1951, pp. 274-276

107 - ETIENNE-MARTIN, KLEPPING et coll.

Hémorragie intestinale, première manifestation d'une leucose aiguë à localisation digestive.
Arch. Mal. App. Dig. 49, 1960, pp. 833

108 - EWING (J.)

General pathology of lymphosarcoma
Bull. N. Y. Acad. Med. 15, 1939, p. 103

109 - FARMER (L. E. , HERTZOG (A. J.)

Les lymphosarcomes primitifs de l'estomac, relation de 7 cas
Am. J. of Surg. 94, n°4, oct. 1957, pp. 551-557

110 - FICAT, LAPEYRERE, TAYAC

Lymphosarcome gastrique primitif
Toulouse Med. 49, 1948, pp. 552-560

111 - FIGLIOLINI (F. J.), DAHER-CUTAIT, CHAVES (C.)

Linfoblastoma giganto-follicular do resto molestia de Brill-Symmers
Soc. Chil. de Proctologia, sept. 1961, 13-16, pp. 136-138

112 - FLANDIN, MOCQUOT, ESCALIER, ALBOT, BOUSSER

Sarcome lymphoblastique de l'estomac
Ann. d'Anat. Path. et Norm. Med. Chir. n°7, juillet 1933

113 - FONTAINE (R.), WARTER (P.), WEILL (F.)

Le sarcome de l'estomac
J. de Rad. 42, 1961, n°10, pp. 509-517

114 - FRAISSE (H.), SERPANTIE (P.), ETAIX (J. P.)

Sarcomatose digestive diffuse, la forme sténosante étagée du colon
Arch. Mal. App. Dig. 52, oct. 1963, n°10, p. 1055

115 - FRAZER (J. W.)

Malignant lymphomas of the gastrointestinal tract.
Surg. Gyn. and obst. (Chicago) 108, n°2, 1959, pp. 182-190

116 - FRIEDMAN (A. J.)

Primary lymphosarcoma of the stomach. A clinical study of seventy five cases.
Am. J. of Med. 26, 1959, p. 783

117 - FROMENT- DUPRE (J.)

Le lymphome malin giganto-folliculaire
Thèse Paris 1952

118 - GALL (E. A.), MALLORY (T. B.)

Malignant lymphoma : a clinical pathological survey of 618 cases
Am. J. of Path. 18, 1942, p. 381

119 - GALL (E. A.), MORRISSON (H. R.), SCOTT (H. T.)

The follicular type of malignant lymphoma, a survey of 63 cases
Ann. of Int. Med. 14, 1941, p. 2073

120 - GAY (G.)

Localisations digestives des lymphosarcomes, à propos de 43 observations.
Thèse Paris 1960

121 - GIERE (C. N.)

Lymphosarcoma diagnosed gastroscopically
J. A. M. A. 117, 1941, pp. 173-175

122 - GIRARD (M.), FRAIRE (H.), NOEL (G.), GRIVET (A.)

Localisations rectosigmoïdiennes au cours des leucémies lymphoïdes
Lyon Med. 193, mai 1955, n°22, pp. 525-532

123 - GODART (J.), GODART (S.), LERBERGHE (R. Van)

A propos d'un cas de lymphosarcome rectocolique
Arch. Mal. App. Dig. 54, 1965, n°7-8, pp. 813-818

124 - GOLEB (M.)

Lymphosarcoma of the stomach
Rev. Gastroenter. 4, 1939, pp. 228-229

125 - GORDET, GORDET (Mme)

Lymphoblastome gastrique
Confrontation radio-anatomo-clinique, 1951, n°4, pp. 21-22

126 - GOSSET, GUTMANN (R.A.), BERTRAND (I.)

Lymphoblastose diffuse maligne de l'estomac.
Soc. Méd. Hôp. Paris, 22 oct. 1937.

127 - GREIG (D.H.)

Lymphoma of the rectum.
J. Path. and Bact. 13, 1909, pp. 49-50.

128 - GRENET (M.)

Gastrectomie totale pour un sarcome lymphoblastique de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig. 38, 1949, n° 7-8, pp. 817-818.

119 - GRIMOUD (M), LAPEYRERE, MOREAU (G.), MALECAZE (A.)

Les sarcomes lymphoréticulaires de l'estomac ; à propos de six observations.
Mém. Acad. de Chir. 51, 1962, n°2, pp. 1219-1222.

130 - GROS, VEILLON.

D'un lymphosarcome à localisations multiples évoluant depuis plus de quatre ans.
Strasbourg Médical, 1952, n°3, pp. 699-700.

131 - GRUMBACH, LEVY.

Contribution à l'étude des leucoses aiguës à tumeurs.
Le Sang, 1948, p. 135.

132 - GUIHARD

Lymphosarcomatose diffuse de Kundrat à localisations digestives multiples.
Thèse, Paris, 1953.

133 - GÜTGEMANN (A.), SCHREIBER (H.)

Sarcomes gastriques.
Bruns'Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1959, 198, n° 3, pp. 332-358.

134 - GUTMANN (R.A.), GOSSET, BERTRAND (J.)

Lymphoblastose gastrique.
Conf. Rad. Anat. Clin. 1946, n° 1, pp. 24-25, Doin-Masson

135 - HADDAD (J.)

Forme digestive de la lymphosarcomatose diffuse.
Thèse, Paris, 1958.

136 - HARMOS (O), JABLOKOW (V.R.)

Lympho et réticulosarcomes primitifs de l'estomac.
Am. J. of Gastroenterology, 41, Jan. 1964, pp. 11-18.

137 - HARVIER (P.), LAMOTTE (M.), LAVERGNE (H.)

Réticulo-lymphoblastosarcome de l'estomac.
Paris Méd. 20, Oct. 1942, n° 42, pp. 317-320.

138 - HAYS (H.T.), BURR (H.B.), BRUIT (L.B.)

Surgery, 7, 1940, pp. 540-543.
Lymphoïd tumors of colon.

139 - HECTOR

Sarcome lymphoblastique du grêle, formes chirurgicales.
Rev. de Chir. janv. fév. 1944, n° 1 - 2, pp. 42-64.

140 - HECTOR (A.)

Les tumeurs lymphatiques primitives et localisées du tube digestif sous-diaphragmatique.
Thèse, Paris, 1939.

141 - HEFFEZ (A.)

Un cas de lymphosarcome de l'estomac.
Gaz. des Hôp. 120, déc. 1947, n° 52, pp. 750-751.

142 - HELWIG (B.E.), HANSEN (J.)

Polypes lymphoïdes et lymphomes malins du rectum et de l'anus.
Surg. Gyn. Obst. 92, febr. 1951, n°2, pp. 233-242.

143 - HERVOUET (D.), HARDY (M.), HERBOUILLER (M.), LEROUX (M.J.)

A propos de deux nouvelles observations de leucose aiguë à localisation anorectale.
Arch. Mal. App. Dig. 53, 1954, n°1-2, pp. 103-110.

144 - HEURTEMATTE (J.)

Contribution à l'étude du lymphosarcome rectal.
Thèse, Paris, 1953.

145 - HILLEMAND (P.)

in "Les maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum.
Ed. Méd. Flammarion 1950, pp. 603-607.

146 - HILLEMAND (P.)

Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle (carcinoïdes exceptés).
Entr. de Bichat, Méd. 1965, pp. 337-340.

147 - HILLEMAND (P.), CHERIGIE, VIGUIE, BOURDON, GILBRIN, ABATZIS.

Les lymphosarcomes du grêle.
Sem. des Hôp. de Paris, 1955, 31, p. 1361.

148 - HOLMES (G.W.), DRESSER (R.), CAMP (J.)

Lymphoblastoma : its gastric manifestations with special reference to the roentgen findings.
Radiology, 7, n° 44, 1926.

149 - HOWARD (C.), SPEER (F.D.)

Lymphosarcoma of the stomach.
N.Y.N. Coll. Flower Hosp. Bull. 1, 1938, pp. 151-154.

150 - HUET (J.P.)

Etude radiologique du lymphosarcome de l'estomac
Thèse, Paris, 1947, n° 169.

151 - HUGONOT, SOHIER

La lymphosarcomarose de Kundrat.
Ann. de Méd. 1934, 36, pp. 187-233.

152 - HURST (D.W.), MEYER (O.O.)

Giant follicular lymphoblastoma.
Cancer 14, 1961, n° 7-8, pp. 753-778.

153 - ISAACS (R.)

Lymphosarcoma and leukemia.
Ann. Int. Med. 11, 1937, pp. 657-662.

154 - ISSERLIS (G.), FAURE (J.), RONCAUTE, VAYRE (P.)

Lymphosarcome gastrique. Confrontations anatomo-radiologiques.
P.M. 76, 1962.

155 - JACKSON (P.P.), COADY (C.J.)

Primary lymphomas of the gastrointestinal tract.
Arch. Surg. (Chicago) 50, 1945, n° 6, pp. 288-292.

156 - JENKE (W.)

Le sarcome gastrique primitif.
Zeitschrift für Artzliche Fortbildung, 44, 15 mars 1950, n° 5-6, pp. 129-132.

157 - JENKINSON (E.I.), EPERSON (K.D.), PFISTERER (X.H.)

Primary lymphosarcoma of the stomach.
Am. J. of Roentgen. 72, 1954, p. 34.

158 - JOHNSON (T.A.), LEE (W.E.), HWONG (M.S.), CASE (E.A.)

Lymphosarcoma of the stomach.
Internat. Clin. 1, 1939, pp. 261-265.

159 - JONES (T.E.), CARMODY (M.G.)

Lymphosarcoma of the stomach. Report of a case with 19 years Surgical cure.
Ann. Surg. 101, 1935, p. 1136.

160 - JORDAN (G.L.), BOLTON (B.F.), GRIFFIN-HEARD (J.), WALDRON(G.W)

Sarcoma of stomach.
S.G.O. apr. 1955, 100, n° 4, pp. 453-457.

161 - JOUVELET (R.)

Contribution à l'étude de la maladie de Brill-Symmers.
Thèse, Paris, 1950.

162 - JOYEUX, GUIBERT, PEDOUSSANT.

La réticulose histiomonocytaire tumorale de l'estomac.
Sem. des Hôp. Paris, 25, 23 fév. 1949, n° 14, p. 59.

163- JUSTIN-BESANCON (L.), CORNET (A.), CHRETIEN (J.), TERRIS (G.)

Sténose duodénale sous-vatérienne, témoin d'une lymphosarcomatose digestive diffuse.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris 1959, 75, pp. 766-773.

164 - JUSTIN-BESANCON (L.), MOUTIER (F.), LEMOINE (J.M.), CORNET (A.) MAGDELAINE (M.)

Lymphomatose maligne à localisations viscérales successives ; survie de huit ans.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1959, 75, pp. 759-766.

165 - KERNEIS et BOCQUIEN

Plasmocytomes périorificiels.
Arch. Mal. App. Dig.

166 - KLAYMAN (M.I.), KIRSNER (J.B.), PALMER (W.C.)

Gastric malignant lymphoma : increasing accuracy in diagnosis.
Gastroenterology, 24, oct. 1955, n° 4.

167 - KOLAT (J.), KACL (J.)

Le diagnostic des lymphomes malins du tube digestif.
Med. Klin. 53, 24 jan. 1958, n° 4, pp. 140-144.

168 - KOUCKY (J.D.), BECK (W.C.), ATLAS (S.)

Acute perforation of lymphosarcomatous ulcer of the stomach.
Ann. of Surg. 114, 1941, n° 1, 112-116.

169 - KREITNER (H.)

Primoeres lymphosarkom des moyens und seine bzihung zum ulcus.
Krebsartz, 3, 1948, pp. 423-440.

170 - KUNDRAT

Über lymphosarcomatosis.
Wien Klin. Wschn. 1893, 6, pp. 211-213 et 234-239.

171 - KURPAT (D.)

La symptomatologie du sarcome gastrique.
Zentralblatt für Chir. 85, 14 mai 1960, n° 20, pp. 1130-1137.

172 - KUSHLAN (S.D.)

Lymphosarcome primaire de l'estomac avec survie de cinq ans après l'opération ; caractéristiques cliniques, radiologiques et gastroscopiques.
Gastroenterology, 16, sept. 1950, n° 1, pp. 250-258.

173 - LAGACHE (G.), COMBEMALE (B.)

Invagination iléo-iléale par lymphosarcome primitif du grêle à forme polypoïde.
P.M. 73, 6 mars 1965, n° 12.

174 - LAMBIN (P.), LEDERER (J.)

Rapports des maladies du sang et des affections ano-gastroduodénales.
Acta Belgica Gastroenterologica, 14, 1951, p. 314.

175 - LAME (E.I.), VELAT (C.A.), CUSTER (R.P.)

On the diagnosis of malignant lymphoma of the gastrointestinal tract.
Ann. Int. Med. 40, Jan. 1954, n°1, pp. 57-74.

176 - LAPEYRERE (N.C.)

Lymphosarcome intestinal.
Rev. de Chir. 58, 1920, pp. 223-281-437.

177 - LAUMONIER (R.), HEMET (Mme Y.), HEMET (J.)

Dix observations de lymphosarcomes de l'intestin grêle.
Soc. Franç. de Gastroenter. (compte-rendu P.M. 70, Avr. 1962)

178 - LAURENT-FRANCOZ, LERE.

A propos de deux observations de lymphosarcome du rectum.
Arch. Mal. App. Dig. 51, n° 10, oct. 1962, p. 1226.

179 - LAYANI (R.), ASCHENAZY (A.), SICOT (L.)

Un cas de leucémie aiguë avec localisation tumorale simulant un cancer du rectum.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 7 mars 1957, 160

180 - LAZARUS (E.E.)

Lymphosarcoma of the stomach : autopsy report.
Bull. New-York Med. Coll. 9, 1946, p. 75.

181 - LE FORESTIER (J.V.)

Contribution à l'étude du lymphosarcome primitif du caecum.
Thèse, Paris, 1939.

182 - LEMAIRE (A.)

Réflexions à propos de deux cas de maladie de Brill-Symmers. et de leur singularité.
P.M. 65 1957, pp. 1923-1925.

183 - LETULLE (M.), HALBRON (J.)

Leucémie myélogène avec myéloses multiples de l'intestin grêle.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris., 23 juin 1905, p. 588.

184 - LEVRAT (M.), RICHARD (M.), NORMAND (J.), ANJOU (F.)

Un cas de localisation rectale d'une leucémie myéloïde.
Arch. Mal. App. Dig. 44, 1955, n° 7-8, pp. 955-957.

185 - LEVRAT (R.), LEQUIN (P.), MEYER (P.), MALLURET (J.), VAUZELLE (J.L.), GIRARD (M.)

Lymphomatose diffuse, isolée du colon.
Arch. Mal. App. Dig. 55, 1966, n° 12, pp. 1167-1174.

186 - LEVY (M.), ARMINGEAT.

Tumeur infiltrée de lymphoblastomes de la paroi rectale.
Soc. Gastroentérologie, Paris 8 Mai 1933.

187 - LOCKWOOD (I.H.)

Le lymphosarcome gastrointestinal.
J.A.M.A. 150, n° 5, 4 oct. 1952, pp. 435-437.

188 - LOUET (L.L.A.)

La leucosarcomatose.
Thèse, Paris, 1925.

189 - LYNCH (J.M.), HAMILTON (G.J.)

Lymphosarcoma of rectum.
Tr. Am. Proct. Soc. 40, 1939, pp. 221-226.

190 - MACCHI (E.)

Gastro-enteric lymphosarcomatosis with initial syndrom of gastric ulcer case.
Chirurgia, 7, aug. 1946, pp. 145-158.

191 - SWAIN (B. Mac), BEAL (J.M.)

Lymphosarcoma of the gastrointestinal tract ; report of 20 cases
Ann. Surg. 119, 1944, pp. 108-123.

192 - MADDING (G.F.), WALTER (W.)

Lymphosarcoma of the stomach.
Arc. of Surg. 40, n° 1, Jan. 1940, pp. 120-134.

193 - MALLARME (J.)

Etude d'ensemble des lymphomes malins.
Rev. du Prat. 1 mai 1964, 14, n° 13, pp. 1713-1743.

194 - MALLARME (J.), DEBRAY (C.), HARTMANN (L.), ROBERT (P.E.), MARCHE (Mme C.), PIARD (A.), CHEMALY (A.).

Maladie de Waldenström à localisation purement gastrique et pulmonaire.
P.M. 75, mars 1967, n° 14, pp. 701-704.

195 - MANDAR (S.)

A propos d'un cas de lymphosarcome primitif gastrique révélé par l'ulcération de l'artère coronaire stomachique.
Thèse, Paris, 1966.

196 - MARCUSE (P.M.), STOUT (A.P.)

Primary lymphosarcoma of small intestins : analysis of 13 cases and review of litterature.
Cancer, 3, 1950, pp. 459-474.

197 - MARQUES (P.), BRU (A.)

A propos du diagnostic des lymphosarcomes primitifs de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig. 44, n° 3, pp. 385-392.

198 - MARSHALL (S.), ADAMSON (N.)

Sarcoma of the stomach. Tumors of lymphatic and reticulo-endothelial origin (62 cases).
Surg. Clin. N. Am. 39, june 1959, n° 3, pp. 711-718.

199 - MARTI (Jacqueline)

Réticulosarcome gastrointestinal.
Thèse, Paris, 1950.

200 - MARTIN (W.C.)

Lymphoblastoma of gastro-intestinal tract.
Am. J. of Roentgenology. 36, déc. 1936, pp. 881-891.

201 - MARTIN (L.), PEREIRA-TORRES (R.A.), LAZZAR (A.)

Lymphosarcomatose gastrique.
Prensa Med. Argentina, 32, mars 1945, n° 11, p. 474.

202 - MASSON

Lymphosarcomes
in Tumeurs malignes humaines, Malloine, éditeur.

203 - MATHE (G.), SEMAN (G.)

Aspects histologiques des leucémies et hématosarcomes..
Atlas, Paris 1963, Maloine éditeur.

204 - MEAD (Ch.)

Chronic lymphatic leukemia involving the gastrointestinal tract.
Radiology 21, oct. 1933, pp. 351-365.

205 - MERY (J. Ph.)

Contribution à l'étude des lymphosarcomes du tube digestif, chez l'adulte.
Thèse Paris, 1960.

206 - MICHOTEY (G.)

Lymphosarcome primitif de l'estomac
Soc. de Chir. de Marseille, 12, 4 juil. 1960, n°4, p. 312

207 - MILIANI (R.)

Contribution à l'étude radiologique du Lymphosarcome de l'estomac
Radiologica Medica, 25, n°5, mai 1938, pp. 421-435

208 - MONGES (H.), MONGES (A.), PAYAN (H.), CARCASSONNE (Y.)

Reticulo-lymphoblasto-sarcomes de l'estomac
Arch. Mal. App. Dig. 41, pp;1220-1223

209 - MONGES (H.), PAYAN (H.), CARCASSONNE (Y.)

Places nosologiques des réticulopathies gastriques
Rev. Med. Franc. 36, 1955, pp. 615-619

210 - MORETON (R. D.)

Gastro-intestinal lymphosarcoma, diagnostic and therapeutic problems
Texas State J. of Med. 42, may 1946, pp. 31-37

211 - MORICHAU-BEAUCHANT

Notes sur le diagnostic radiologique du lymphosarcome de l'estomac
Arch. Mal. App. Dig. 38, 1949, n°1-2, pp. 116-124

212 - MOUCHET (A.), MARQUAND (J.), GUIVARC'H (M.)

A propos de 11 cas de lymphosarcomes de l'estomac
Mem. Acad. Chir. 91, 1965, n°1-2-3, pp. 78-87

213 - MOURIQUAND (G.), DECHAVANNE (D.), NORMAND (J.)

Un cas de sarcome lymphoblastique du grêle à forme de vomissements acétoniques graves chez un enfant de 4 ans.
Réunion Lyonnaise de Pédiatrie, p. 310

214 - MULLER (B.), RAOUL-DUVAL (P.)

Un cas de sarcome lymphoblastique de l'estomac
Arch. Mal. App. Dig. 40, 1951, n°7-8, pp. 946-948

215 - NICOLOFF (D. M.), HAYNES (L. B.) WANCESTEEN (Mineapolis, Minnesota)

Primary lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract
Surg. Gyn. Obst. 117, oct. 1963, n°4, pp. 433-437

216 - OCAMPO SEGUI (M. A.)

Lymphosarcome rectal avec rapport d'un cas
Dia. Med. 17, nov. 1945, pp. 1326-1333

217 - OBERNDORFER (S.)

Rundzellensarkome und lymphodarkome des Darmes
in : Hdb. d. Spez. Pathologischen Anat. u. Histol.
F. Henke & O. Lubarsch Bd. IV, 3 pp. 766-783, J. Springer ed. Berlin 1929

218 - O'DONOGUE (B.), JACOBS (M. B.)

Lymphosarcoma of the stomach. Report of a case with some clinical pathological notations.
Am. J. of Surg. 58, 1942, pp. 246-253

219- O'DONOGUE (B.), JACOBS (M. B.)

Primary lymphosarcoma of the stomach. Statistical survey on case report of five years case.
Am. J. Of Surg. 74, n°2, 1947, 174-179

220 - OMEZ-(Y), COORNAERT (G.), (Roubaix)

Lymphosarcome du jéjunum
Arch. Mal. App. Dig. 43, n°7-8, p. 868

221 - PALMER (E. D.)

Evolution et pronostic du sarcome de l'estomac
Gastro-entérology, 33, sept. 1957, n°3, pp. 389-394

222 - PARAF (A.), CHANDEROVITCH (J.)

Ascite recidivante avec érythème noueux chez un homme de 28 ans.
Réticulo-lymphosarcome de l'estomac.
Sem. des Hôp. 1955, p. 4132

223 - PARTURIER-ALBOT (Mme M.), MIANSAROW (Mme H.), BROUANT (J. F.)

A propos des lymphosarcomes du rectum et de la localisation rectale de la maladie de Brill-Symmers.
Arch. Mal. App. Dig. 53, n°9, pp. 1010-1026

224 - PAUL (W. D.), PARKIN (G.)

Lymphosarcoma of the stomach. A gastroscopic report
Gastro-enterology, 3, sept. 1944, pp. 214-217

225 - PAUL (W. D.), HENDRICKS (A. B.)

Involvement of the stomach in malignant lymphoma
Gastro-enterology 11, 1948, 854-860

226 - PEARSON (B.), STASNEY (J.), PIZZOLATO (P.)

Gastro-intestinal involvement in Lymphatic leukemia
Arch. of Pathol. XXXV, 21, 218, 1943

227 - PHILIPS (J. R.), KILGORE (F. H.)

Lymphosarcoma of the stomach
Am. J. of Surg. 30, 1936, pp. 179-180

228 - PICARD (R.), HOREAU (J.), KERNEIS (J.), CORNIERE (J.), HARDY (M.)

Lymphadénose leucémique à localisation palpébrale, ganglionnaire gastrique et rénale
Arch. Mal. App. Dig. 43, n°11, nov. 1954, pp. 1062-1070

229 - PICHON (M.)

Les tumeurs lymphatiques du tube digestif sous diaphragmatique
Thèse Bordeaux, 1954

230 - POER (D. H.)

Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract
Surgery, 23, 1948, pp. 354-362

231 - PONTIUS (G. V.), WITROWSKY (L. J.)

Lymphosarcoma of the stomach
Surg. Clin. North America, 32, 1, fevr. 1952, pp. 123-133

232 - PORCHER, BOURDON

E. M. C. Radiodiagnostic, 4 fasc. 33, 120 A 10, 14-15

233 - PUND (E. R.), STELLING (F. H.)

Lymphosarcoma : report of three cases apparently cured
Am. J. of Surg. 52, 1941, pp. 50-54

234 - PYARD (M.)

Les lymphosarcomes du caecum
Mem. pour le C. E. S. d'E. R. Paris 1962

235 - RAFSKY (H. A.), KATZ (H.), KRIEGER (C. I.)

Varied clinical manifestations of lymphosarcoma of the stomach
Gastro-enterology 3, 1944, p. 297

236 - RAUBER (G.), MARTIN (M. E.), MACINOT (C.)

Maladie de Waldenström, études spéciales des manifestations viscérales
Ann. d'Anat. Patho. Paris 1963, 8, pp. 159-194

237 - REDD

Lymphosarcoma of the stomach, review and case reports
Am. J. Roentgenol oct. 1959, 84, n°4, pp. 634-650

238 - REISSIGI (H.), SCHIRMER (H.)

Lymphosarcomes de l'estomac chez une fillette de 12 ans.
Bruns Beitr. Klin. Chir. 190, n°2, 1955, p. 129-133

239 - RENSHAW (J. F.), SPENCER (F. M.)

Gastroscopy and lymphoma of the stomach
Gastro-enterology 9, 1947, p. 1-5

240 - RITTER (S. A.)

A case of primary lymphosarcoma occuping two thirds of the lumen of the stomach
Am. J. of Surg. 47, 1940, pp. 131-134

241 - ROGERS (J.)

Lymphosarcoma of gastro-intestinal tract
Arch. of Surg, June 1954, pp. 886-893

242 - ROUX (M.), VAYRE (P.), TARANNE (N.), DELAVIERRE (P.)

Lymphosarcome de l'iléon terminal
P. M. 6 mars 1965, 73, n°12, p. 35

243 - ROZE (R.), GRAS (F.)

Lésions hodgkiniennes et lymphosarcomateuses digestives
J. E. R. 44, n°12, 1963, pp. 809-818

244 - RUBIN (C. E.), MASSEY (B. W.)

The pre-operative diagnosis of gastric and duodenal malignant lymphoma by exfoliative cytology
Cancer, mars 1954, 7, n°2, pp. 271-288

245 - SABRAZES (J.)

Histogénèse et diagnostic du lymphosarcome
J. Med. Franc. 1928, 17, p. 24

246 - SALEZ (M.)

Contribution à l'étude des lympho-réticulosarcomes primitifs de l'estomac.
Thèse Paris 1960

247 - SARAKINOS (M.), DEBRAY (J. M.)

Les localisations digestives des hémopathies malignes
P. M. 11 oct. 1958, 66, n°70, pp. 1569-1571

248 - SCALFATI

Les lymphosarcomes et les réticulosarcomes de l'estomac et de l'intestin
Il policlinico Sez. Chirurg. sept. oct. 1954, 5, pp. 273-295

249 - SCHINDLER

La gastroscopie dans le diagnostic du lymphosarcome diffus de l'estomac
Klin. Wochenschrift, 43, 1922, pp. 20-86

250 - SCHWANDER (H.), ESTES (J.), COOPER (W. C.)

Plasmocyta of the stomach : report of case
Am. J. Path. 23, 1947, pp. 237-243

251 - SEMAT (P.), COHEN (G.), JOSSELIN (G.), DUCELLIER, BLOIS (R.)

Lympho-réticulosarcome de l'estomac
J. de R. et d'électr. 1959, 88, n°12, pp. 801-802

252 - SENEQUE, LECANUET

Lymphocytome malin de l'estomac
Conf. Rad anat. clin. n°4, 1951, pp. 20-21

253 - SHAKLEFORD (R. T.), WOOD (S.), BOITNOTT (J. K.)

Primary sarcomas of the stomach
Am. J. Surg. 1961, 101, n°3, 292-300

254 - SINGLETON (A. D.), MOORE (R. N.)

Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract
Texas Rep. Biol. and Med. 7, 1949, pp. 33-46

255 - SMITH (D. F.), KLOPP (C. T.)

The value of surgical removal of localized lymphomas
Surgery, 1961, 41, fasc. 4, p. 469

256 - SMITH (T. E.)

Primary lymphoïd tumours of the rectum ressembling internal hemorroïdes : three cases
J. A. M. A. 121, 1943, pp. 495-498

257 - SNODDY (W. T.)

Primary lymphosarcoma of the stomach
Gastro-enterology, april 1952, 20, n°4, pp. 537-553

258 - SPELLBERG (M. A.). ZIVIN (S.)

Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract, with a report of twenty-one cases.
Arch. Int. Med. 83, 1949, pp. 135-149

259 - STERLING (L.)

Malignant lymphoma of the gastro-intestinal tract
J. A. M. A. 68, n°2, p. 179-190, 1954

260 - SPITALIER (J. M.), COLONNA D'ISTRIA (J.)

Lymphosarcome lymphoblastique à localisations successives amygdalienne et gastrique.
Arch. Med Gen. et Trop. nov. dec. 1959, 36, n°6, pp. 241-243

261 - STOUT (A. P.)

Lymphoïd and reticulo-endothelial tumors
In Tumors of the stomach pp. 78-85
In : Atlas of Tumor Pathology, section VI, fasc. 21
Ed. : Armed Forces Institute of Pathology

262 - SUGARBAKER, CRAVER

Lymphosarcoma, a study of 196 cases with biopsy
J. Am. Association 115, 1940, 17-23, pp. 112-117

263 - SYMMERS (D.)

Follicular lymphadenopathy with splenomegaly
Arch. of Path, 3, 1927, p. 816

264 - SYMMERS (D.)

Clinical significance of the pathologic charges in giant follicular lymphadenopathy
J. A. M. A. 130, 1946, p. 700

265 - SYMMERS (D.)

The radiation treatment of giant follicular lymphadenopathy
J. A. M. A. 130, 1946, p. 700

266 - Taylor (E. S.)

Primary lymphosarcoma of the stomach
Ann. Surg. 110, 1939, p. 200-221

267 - TESLER (J.), BRENNER (A.)

Primary lymphosarcoma of the stomach fifteen years after surgery and radiation.
Am. J. of Gastro-entérology, 32, nov. 1959, n°5, pp. 557-564

268 - THALY (H.), PAOLAGGI (J.)

Sur un cas de lymphosarcome gastrique et un cas de sarcomatose à localisation gastrique prédominante.
Rev. Med. Franc. 1958, 39, pp. 687-692

269 - TUTA (J. A.), ROSI (P.)

Lymphosarcoma of rectum
Arch. Surg. 44, janv. 1942, pp. 157-163

270 - ULLMANN, ABESHOON

Lymphosarcomas of small intestine
Ann. of Surgery, june 1932, p. 878

271 - VACHON, LEHMANN

Localisation rectale au cours d'une leucémie aiguë
Arch. App. Dig. 45, n°5, 1956, pp. 544-556

272 - VACHON (A.), LEHMANN (M.), PALIARD (P.), VOLLE (L.), FEVRIER (P.), COUTURIER (F.)

Lymphosarcomatose digestive à localisations multiples
Arch. Mal. App. Dig. oct. 1962, 51, n°10, pp. 1193-1197

273 - VALLIN (J.)

Les localisations digestives des hémopathies malignes
Rev. du Prat. n°6, 17, pp. 747-754

274 - VENABLE (D. A.)

Primary lymphosarcoma
Texas State J. Med. 33 , 1937, pp. 327-331

275 - VERNEJOUL (de) et JEAN

Les réticulopathies gastriques
J. Chir. 61, 1955, pp. 935-950

276 - VIGUIE (R.), ANCENAY (M.)

Les localisations digestives de la maladie de Brill-Symmers
Acta Gastro-entérologica Belgica, 24 , juil. 1961

277 - WALTHER (O.)

Contribution à la clinique et au diagnostic du lymphosarcome
à cellules rondes de l'estomac.
Radiologica clin. 20, n°4, 1951, pp. 259-268

278 - WANG (C. G.), PETERSEN (J. A.)

Malignant lymphoma of the gastro-intestinal tract. Roentgentherapic considerations
Acta Radiologica, 463, sept. 1956, pp. 523-532

279 - WARREN (K. W.)

Malignant lymphomas of the gastro-intestinal tract
Surg. Clin. North. Amer. 35, june 1956, p. 735

280 - WARREN (S.), LULENSKI (C. R.)

Primary solitary lymphoïd tumors of the gastro-intestinal tract
Ann. Surg. 115, n°1, 1942, pp. 172-175

281 - WEILL (P. E.), ISCH-WALL

Leucémies à tumeurs
Le Sang, 1931, p. 513

282 - WEISS (F. H.), KRAUSS (H.)

Lymphosarcome de l'estomac présentant aux rayons X l'image d'ulcères multiples.
Zbl. Chir. 68, n°42, 1941, pp. 1963-1966

233 - WILLIAMS (M. J.), SUTHERLAND (D. H.), CLARK (C. G.)

Lymphosarcoma of the small intestine with a malabsorption, Syndrome and pneumatosis intestinalis, a case with peroral jejunal biopsy
Gastro-enterology, 45, n°4, oct. 1963, pp. 550-557

284 - WINKELSTEIN (A.), LEVY (M. H.)

Lymphosarcoma of intestine, 15 cases. Characteristic sigmoïdoscopy pictures.
Gastro-enterology 1, dec. 1943, pp. 1093-1099

285 - WINTROBE (M. M.), MITCHELL (D. M.)

Atypical manifestations of leukemia
Quart. Journ. Med. 9, 1940, pp. 67-90

286 - WISSMER (B.); DUBOIS-FERRIERE (H.), NAZ (E.), WETTSTEIN (P.)

Maladie de Brill-Symmers à localisation spléno-hépato-rectale
Arch. Mal. App. Dig. 44, 1955; pp. 273-290

287 - WOEF (B. S.), MARSHAL (R. H.)

Roentgen features of diffuse lymphosarcoma of the colon
Radiology, 75, n°5, 1960, pp. 733-740

288 - WOLFERTH (C.), BRADY (W.) ENTERLINE (H. T.), BLAKEMORE

Lymphosarcoma primary of the stomach
Surg. Gyn. Obst. dec. 1959, 109, n°6, pp. 755-761

289 - YARNIS (H.), COLP (R.)

Lymphosarcoma of the stomach
Gastro-enterology 1, 1943, p. 1022

290 - YARNIS (H.)

Lymphosarcoma of the stomach
J. Mt. Sinaï Hosp. 8, 1941, pp. 305-307

291 - ZAPH (S. D.), OLIN (H. A.), KIRSHBAUM (J. D.)

Lymphosarcoma of the stomach, clinical and roentgenological aspects.
Am. J. of Surg. 36, 1937, pp. 476-486

oOo

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18-93
535:18-62